

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

ID studijního oboru: **5341R003**

Markéta Skálová

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTKY S AKUTNÍM
RESPIRAČNÍM SELHÁNÍM S ARDS V DŮSLEDKU TĚŽKÉ PREEKLAMPSIE**

**CASE STUDY OF PATIENT WITH ACUTE RESPIRATORY FAILURE WITH
ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME DUE TO DIFFICULTY OF
PREECLAMPSIA**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:
Mgr. Lenka Hejzlarová

Praha, 20. 03. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze, 20. 03. 2009

Markéta Skálová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lence Hejzlarové, za cenné rady, podněty a připomínky k mé závěrečné práci.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 AKUTNÍ RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ.....	6
1.1 RESPIRAČNÍ INSUFICIENCE.....	6
1.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	6
1.3 PATOFYZIOLOGICKÉ POZNÁMKY.....	7
1.4 LÉČBA RESPIRAČNÍ INSUFICIENCE.....	8
2 ARDS.....	9
2.1 CHARAKTERISTIKA ARDS.....	9
2.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	10
2.3 PREVENCE A TERAPIE.....	11
3 PREEKLAMPSIE.....	12
3.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	12
3.2 PATOFYZIOLOGIE.....	12
3.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY.....	13
3.4 DIAGNOSTIKA.....	13
3.5 TERAPIE.....	15
PRAKTICKÁ ČÁST.....	16
1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	16
2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY.....	17
2.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	17
2.2 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY.....	18
3 DIAGNOSTICKÁ PÉČE OD PŘÍJMU DO 5. DNE HOSPITALIZACE.....	19
3.1 ZÁKLADNÍ FYZIOLOGICKÉ FUNKCE.....	19
3.2 INVAZIVNÍ MONITORACE.....	19
3.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	20
3.4 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ.....	23
3.5 KONZÍLIA.....	23
4 TERAPEUTICKÁ OPATŘENÍ 1. – 3. DEN HOSPITALIZACE.....	24
4.1 OXYGENOTERAPIE.....	24
4.2 FARMAKOTERAPIE.....	24
4.2.1 INFÚZNÍ TERAPIE.....	25
4.2.2 TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVKY.....	25
4.3 DIETETIKA.....	25
4.4 POHYBOVÝ REŽIM.....	25
5 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	26
6 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	27

6.1 OŠTŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU KE	
2. DNI HOSPITALIZACE.....	27
6.1.1 ZÁKLADNÍ BIOLOGICKÉ POTŘEBY.....	27
6.1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY.....	31
6.1.3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	33
6.2 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
6.3 EDUKACE.....	46
6.4 ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	47

A ÚVOD

Preeklampsie je závažné onemocnění vázané na trofoblast a podílející se na zvýšení mateřské i perinatální morbidity, a také na zvýšení prematurity a intrauterinní růstové retardace plodu. Incidence tohoto onemocnění se v Evropě pohybuje mezi 4 až 8 %. Perinatální mortalita je vysoká – 4 až 28 %, prematurita se pohybuje mezi 15 až 40 %. Dvakrát častěji zaznamenáváme výskyt u primigravidit oproti multigravidám. Při tomto, pro těhotenství specifickém onemocnění, dochází k multiorgánovému poškození organismu, které postihuje především vitálně důležité parenchymatózní orgány (ledviny, játra, mozek, plíce, placentu, krvetvorný systém a cévy).¹

Z uvedené statistiky vyplývá, že i přes pokrok moderní medicíny je mortalita této diagnózy stále velmi vysoká. Domnívám se, že jedním z důležitých faktorů přispívajících k stavu věci, je špatná informovanost o důsledcích a případných komplikacích, které mateřství v pozdním fertilním věku může přinášet. „Zatímco v roce 1985 byl průměrný věk rodičky při narození prvního dítěte 22,2 let, v roce 2007 byl tento věk již 27,1 let“. (zdroj ÚZIS)

Pro zpracování závěrečné ošetrovateľské kazuistiky jsem si vybrala klientku s diagnózou „Akutní respirační selhání s ARDS v důsledku těžké preeklampsie“. Důvodem proč se zabývám tímto onemocněním je osobní zkušenost, a také mne tento problém zajímá z odborného hlediska, neboť pracuji na oddělení anesteziologicko – resuscitační péče. Klientka o níž jsem se starala potvrzuje již výše definované, neboť odkládala mateřství na pozdější dobu, což mohl být jeden z faktorů, který vedl ke vzniku onemocnění. Během ošetrování klientky jsem se zaměřila na její potřeby, v souladu se stávajícími trendy intenzivní medicíny a moderního ošetrovatelství, a měla jsem snahu respektovat bio – psycho – sociální jednotu klientky.

¹ HÁJEK, Z.: Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0418-8, str.95

B TEORETICKÁ ČÁST

1 AKUTNÍ RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ

1.1 RESPIRAČNÍ INSUFICIENCE

1.2 Charakteristika onemocnění

Hlavní úlohou respiračního systému je zabezpečit účinnou výměnu plynů mezi atmosférickým vzduchem a krví tak, aby buněčné dýchání mohlo probíhat nerušeně. Za normálních okolností je činnost respiračních orgánů tak úzce spjatá s potřebami tkání, že parciální tlaky kyslíku a oxidu uhličitého v arteriální a smíšené venózní krvi jsou obdivuhodně konstantní. U zdravých osob při dýchání atmosférického vzduchu za klidových podmínek ve výšce hladiny moře se parciální tlak kyslíku v arteriální krvi (p_{aO_2}) pohybuje od 11,3 - 13,3 kPa a oxidu uhličitého (p_{aCO_2}) od 4,8 – 5,9 kPa. Akutní dechová nedostatečnost je pak definována jako neschopnost dýchacího ústrojí zajistit normální výměnu krevních plynů. Je charakterizována akutní nedostatečností plicní ventilace se současně se rozvíjející hypoxií a hyperkapnií. V definicích bývá někdy podrobněji rozlišována:

- dechová nedostatečnost s p_{aO_2} 9,5 – 10 kPa a p_{aCO_2} do 6 kPa
- dechové selhání s p_{aO_2} nižším než 6,5 kPa a p_{aCO_2} vyšším než 6,5 kPa

Diagnózu respirační insuficience nelze stanovit bez vyšetření krevních plynů:

- hypoxémie $p_{aO_2} < 9$ kPa
- hyperkapnie $p_{aCO_2} > 6$ kPa
- respirační acidóza $pH < 7,35$

Dělení a terminologie respirační insuficience

Pojem **parciální respirační insuficience** znamená izolovanou hypoxémii, pojem **globální respirační insuficience** značí kombinace hypoxémie a hyperkapnie.

Akutní respirační insuficience je charakterizována náhlým vznikem (bronchopneumonie, astma, ARDS) **chronická respirační insuficience** vzniká postupně, dlouho trvá, a jsou přítomny známky aktivace kompenzačních mechanismů (obstrukční choroba bronchopulmonální).

Ventilační selhání je selhání činnosti „svalové pumpy“ (např. hrudní koš, dýchací svaly) vedoucí k nedostatečné alveolární ventilaci a následné hypoxémii a hyperkapnií. K ventilačnímu selhání vede rovněž obstrukce v dýchacích cestách.

Oxygenační (plicní) selhání znamená poruchu oxygenační funkce plic, tj. poruchu na úrovni alveolární výměny plynů nebo na úrovni výměny plynů mezi alveolem a plicní kapilárou vedoucí primárně k hypoxémii.²

² ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. a kolektiv: Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-203-X, str. 30

1.3 Patofyziologické poznámky

Příčiny parciální respirační insuficience

(porucha je převážně na úrovni alveolus – plicní kapilára):

- nerovnoměrnost alveolární ventilace
 - atelaktáza
 - pneumonie
 - lehčí stavy akutního astmatu
- porucha difúze
 - intersticiální plicní procesy (fibrózy plic)
 - kardiogenní edém plic
 - časné stadium ARDS a ALI
- porucha perfúze
 - plicní embolizace
 - plicní zkraty
 - primární onemocnění plicního kapilárního řečiště

Příčiny globální respirační insuficience

(poruchy vedoucí především k alveolární hypoventilaci):

- plicní příčiny
 - chronická obstrukční choroba bronchopulmonální
 - těžké akutní astma
 - jiné příčiny akutní obstrukce dýchacích cest
 - ARDS v rozvinutém stadiu
- mimoplicní příčiny
 - porucha na úrovni CNS, periferních nervů, nervosvalového spojení, dýchacích svalů, hrudní stěny, pleury a pohrudniční dutiny

Základní patofyziologické mechanismy respirační insuficience

Nevzdušná plicní tkáň (pneumonie, edém, atelaktáza):

určitý objem krve se vůbec nedostane do kontaktu se vzduchem a PO_2 zůstane na úrovni krve vstupující do plic, tj. smíšené žilní krve.

Nerovnoměrnost ventilace / perfúze (bronchitis, astma):

některé alveoly jsou nedostatečně ventilovány a krev z nich odtékající nedosahuje normálních hodnot saturace a PO_2 .

Zesílení alveolo – kapilární membrány (plicní fibrózy, edém plic):

zesílení alveolo – kapilární membrány zhoršuje sycení krve kyslíkem.

Alveolární hypoventilace:

společným znakem je hyperkapnie odrážející nemožnost dostatečné eliminace oxidu uhličitého plicemi:

- stavy snižující ventilaci (porucha na úrovni CNS – nervy – svaly – hrudník)

- stavy zvyšující ventilaci mrtvého prostoru (emfyzém, embolizace a. pulmonalis)
- obstrukce dýchacích cest³

1.4 Léčba respirační insuficience

Spočívá v léčbě onemocnění, které poruchu vyvolalo. Hypoxii koriguje podávání kyslíku nosními brýlemi či maskou (maximálně dosažitelné FiO_2 vdechovaného vzduchu je 0,5) a pozitivní tlak v dýchacích cestách (použití PEEP, prodloužení inspira), který zlepšuje transport kyslíku přes alveolokapilární membránu, navozuje otevření kolabovaných sklípků a upravuje nepoměr ventilace a perfúze. V odstranění alveolární hypoventilace u globální respirační insuficience má hlavní význam ventilační podpora a dále korekce poruchy vnitřního prostředí – zejména hypochloremie a vysoké hodnoty BE (base excess), hypokalemie, eventuálně farmakologická stimulace dechového centra (aminophyllin, efedrin, kofein, antidota hypnotik apod).⁴

³ ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. a kolektiv: Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-203-X, str. 30

⁴ ZADÁK, Z., HAVEL, E.: Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2099-9, str. 172

2 SYNDROM DECHOVÉ TÍSNĚ DOSPĚLÝCH (ARDS)

2.1 Definice

ARDS je definován jako difúzní buněčná dysfunkce plicního parenchymu vyvolaná faktory, které jsou součástí celkové zánětlivé reakce organismu na přímé či nepřímé poškození.

Vlastní syndrom je charakterizován abnormálním nálezem v hodnotách krevních plynů a typickým rtg obrazem plic. Na základě kvantifikace těchto abnormálních nálezů jsou dnes definovány dvě základní klinické jednotky:

akutní poškození plic – acute lung injury (ALI)

akutní syndrom dechové tísně – acute respiratory distress syndrome (ARDS).

Jde o nespecifickou reakci, která má různou vyvolávající příčinu a incidence syndromu se odhaduje na 65 – 75 případů na 100 000 obyvatel za rok.

Mortalita pacientů s ALI a ARDS je stále velmi vysoká, v závislosti na literárních zdrojích se pohybuje mezi 26 – 60 % (nižší údaj je u pacientů, kteří nemají pneumónii).

Kritéria ALI

- rychlý nástup
- porucha oxygenace – poměr $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ (torr), resp. ≤ 40 (kPa) – nezávisle na hodnotě PEEP
- rtg plic – bilaterální infiltráty
- PCWP ≤ 18 (torr) nebo nepřítomnost levostranného srdečního selhání

Kritéria ARDS

- rychlý nástup
- porucha oxygenace – poměr $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ (torr), resp. ≤ 27 (kPa) – nezávisle na hodnotě PEEP
- rtg plic – bilaterální infiltráty
- PCWP ≤ 18 (torr) nebo nepřítomnost levostranného srdečního selhání ⁵

Etiopatogeneze

Přímé poškození plic

- kontuze plic
- aspirace (kyselého žaludečního obsahu, vody při tonutí)
- difúzní plicní infekce (virová, bakteriální...)
- plicní embolie

⁵ ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. a kolektiv: Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-203-X, str. 31

Nepřímé poškození plic

- šok – hemoragický, septický, kardiogenní, anafylaktický
- polytrauma bez primárního poranění hrudníku
- pankreatitidy
- eklampsie
- masivní transfuze
- embolie vzduchová, tuková nebo plodové vody ⁶

ARDS může vzniknout na základě velkého množství chorobných stavů. Izolovaný (čistý) ARDS je poměrně zřídka se vyskytující syndrom (3 – 7 případů na 100 000 obyvatel). V praxi je daleko častější i závažnější postižení nepřímé, především při septickém stavu, při mimoplicním úrazovém ději – zpravidla v rámci polytraumatu, při pankreatitidě, při otravách, neurogenním plicním edému a vzácně po mimotělním oběhu. Při přímém mechanismu jde o působení noxy bezprostředně na plicní tkáň. Při nepřímých příčinách se uplatňují humorální i celulární mechanismy systémového zánětu. Tyto systémy jsou mnohonásobně propojeny, proto selhávají pokusy přerušit patogenetický proces na jednom určitém místě, nebo jedním určitým lékem. Celou kaskádu spouští buď endotoxin, nebo jiné chemické látky, které vnikly do organismu, nebo poškození buněčných membrán. Pod vlivem těchto faktorů se aktivuje faktor XII na XII a, čímž se spouštějí:

1. koagulační děje
2. děje vedoucí ke vzniku bradykininu, který zvyšuje permeabilitu kapilár pro bílkoviny
3. komplementový systém, který sám poškozuje buňky a působí chemotakticky na fagocytující elementy.

Endotoxin působí dále na mikrořágy, které uvolňují leukotrien (LT) B₄ s chemotaktickým účinkem. Z buněčných faktorů se na ARDS podílejí zejména fagocytující buňky.⁷

2.2 Klinický obraz

První příznaky obvykle nastupují v průběhu 24 – 72 h od vyvolávající příčiny. Časnou známkou bývá dušnost, tachypnoe, tachykardie, případně cyanóza. Při vyšetření krevních plynů najdeme zpočátku různý stupeň hypoxémie (oxygenační selhání). Hyperkapnie bývá pozdějším příznakem a svědčí o vyčerpání nemocného a o nástupu ventilačního selhání. Rentgenový snímek plic obvykle ukazuje rozvoj bilaterálních infiltrátů, srdeční stín nebývá rozšířený. Změny v rtg obraze se rozvíjejí během 4 – 5 dnů a dají se rozdělit do 5 stupňů (podle Kunkela):

stupeň 0: normální plíce

stupeň 1: peribronchiální zmnožení kresby

stupeň 2: mírný intersticiální edém

stupeň 3: těžký intersticiální edém

stupeň 4 : alveolární infiltráty

Rozsah změn v plicích se dnes nejlépe posoudí CT vyšetřením. ARDS bývá dosti často spojen s dysfunkcí dalších orgánů (ledvin, jater, GIT), oběhu, krevního srážení.⁸

⁶ ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. a kolektiv: Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-203-X, str. 32

⁷ CHÁBOVÁ, V.: ARDS, PRAKTICKÝ LÉKAŘ 74, 1994, č. 11

⁸ CHÁBOVÁ, V.: ARDS, PRAKTICKÝ LÉKAŘ 74, 1994, č. 11

2.3 Prevence a terapie

Prevencí ARDS je rychlá a důsledná terapie stavů, které jsou příčinami ARDS. Zejména je nutné zdůraznit rychlé zvládnutí šoku, protože nízký intravaskulární tlak vede k poškození alveolokapilární membrány, čímž zahajuje patogenetický mechanismus. Terapii ARDS je nutno zahájit včas, jinak je prognóza pacientů velmi špatná. V současné době není přijat jednotný protokol léčby ARDS.

- **Odstranění vyvolávající příčiny:** nebývá jednoduché, musíme se však o ně vždy snažit (radikální řešení sepse, odstranění rozsáhlých nekrotizací...).
- **Léčba plicní dysfunkce:** tzn. podpora, resp. náhrada poškozených plicních funkcí, nemocné včas intubujeme a zahajujeme UPV. V současnosti se používá především režim tlakově řízené UPV s PEEP (positive end – expiratory pressure) až do výše 1,0 – 1,7 kPa při spíše nižších dechových frekvencích i jednotlivých dechových objemech. Základní podmínkou UPV musí být hluboká analgosedace.
- **Péče o oběhové parametry:** v této situaci je složitá, neboť na jedné straně UPV zhoršuje žilní návrat, na straně druhé by případný vyšší přívod tekutin mohl vést ke zhoršování nekardiogenního plicního edému. Proto se snažíme udržovat PCWP na dolní hranici normy (event. pomocí diuretik), a to i za cenu nutnosti nasazení katecholaminů pro udržení požadované hodnoty krevního tlaku.
- **Ovlivnění infekce:** u všech nemocných s ALI a ARDS musíme myslet na infekční příčinu, pokud není zřejmý jiný vyvolávající mechanismus. Je-li příčinou ARDS bronchopneumonie nebo sepse, je nezbytné nasadit cílenou antibiotickou léčbu.
- **Podávání kortikosteroidů:** v subakutní a chronické fázi ALI a ARDS může mít pozitivní vliv podávání nižších dávek kortikosteroidů.
- **Další metody ke zlepšení výměny plynů v plicích:** patří sem střídání poloh při UPV, nejčastěji do tzv. pronační polohy, kdy je pacient řadu hodin ventilován na břiše. Změnou polohy se mění poměr ventilace – perfúze v jednotlivých plicních zónách.⁹

⁹ ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. a kolektiv: Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-203-X, str. 32, 33

3 PREEKLAMPSIE

3.1 Definice

Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20tém týdnu gravidity. Před 20tým týdnem gravidity se můžeme s hypertenzí jako projevem preeklampsie setkat u hydatiformní moly či u neimunologického hydropsu plodu.

Etiologie

Etiologie onemocnění není jednoznačně prokázána, existuje několik hypotéz jeho vzniku:

- hypotéza uteroplacentární ischémie
- hypotéza porušené imunologické adaptace
- genetická hypotéza
- hypotéza o lipoproteinech s nízkou denzitou a aktivitě albuminu potlačující toxicitu
- hypotéza o působení kyslíkových radikálů a projektivní funkci jejich „zametačů“

3.2 Patofyziologie

Nehledě na uvedené hypotézy snažíci se vysvětlit primární příčiny nebo spíše příčiny preeklampsie, klinická i experimentální pozorování ukázala, že finálním patogenetickým mechanismem je poškození cévního endotelu, kterým lze vysvětlit charakteristické příznaky preeklampsie, jako je sklon k hemokoagulaci, hypertenze, proteinurie, edémy, poškození jaterního parenchymu, hyperurikemie.¹⁰

Rizikové faktory preeklampsie

Mateřská rizika

- první těhotenství
- předchozí preeklampsie
- věk pod 20 let a nad 35 let
- rodinná anamnéza preeklampsie a eklampsie

¹⁰ HÁJEK, Z.: Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0418-8, str.95, 96

- nízká tělesná hmotnost
- malý vzrůst
- migrény
- chronická hypertenze
- chronické onemocnění ledvin

Rizika ze strany plodu

- mnohočetná těhotenství
- hydatiformní mola
- hydrops placenty¹¹

3.3 Klinické příznaky

- epigastrická bolest
- cefalea
- poruchy vizu
- změny na očním pozadí
- retence tekutin

Syndrom preeklampsie – charakteristické známky

Matka

- těhotenstvím indukovaná hypertenze
- nadměrný hmotnostní přírůstek
- generalizované edémy
- ascités
- hyperurikémie
- proteinurie, hypokalciurie
- zvýšená plazmatická koncentrace von Willebrandova faktoru, fibronektinu, AT III.
- trombocytopenie
- zvýšení hematokritu, zvýšení jaterních enzymů

Plod

- intrauterinní retardace
- intrauterinní hypoxie

3.4 Diagnostika

¹¹ ZWINGER, A.: Porodnictví – první vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN: 80-7262-257-9, str. 202

Preeklampsie je obvykle asymptomatická. Její diagnóza závisí na správné interpretaci řady klinických a laboratorních známek. Z klinických symptomů jsou to zejména bolesti hlavy, poruchy vidění (diplopie, skotomy), vertigo, nauzea a zvracení. Dalším typickým příznakem jsou edémy v predilekčních lokalizacích (dolní končetiny, horní končetiny, obličej). Jeden z příznaků je však velmi důležitý, ale bývá často špatně interpretován – epigastrická bolest. Často je přítomna u současné jaterní lézi a je typická u HELLP syndromu. Bolesti jsou velmi kruté a ženy je popisují jako nejhorší bolesti, které prožily. Typickými známkami jsou těhotenstvím indukovaná hypertenze a proteinurie, které jsou nejčastější. Hypertenze, proteinurie a extrémní zvýšení hmotnosti je vždy důvodem pro pátrání po dalších diagnostických známkách preeklampsie.¹²

Diagnostická kritéria závažnosti klinických příznaků preeklampsie

Tabulka č. 1

Symptomy	Lehká forma	Těžká forma
TK - systola	140 - 160	nad 160
TK diastola	90 - 110	nad 110
Proteinurie	300mg- 5g/24hodin	nad 5g/24hodin
Edémy	DK	DK, HK, obličej, anasarka
Přírůstek hmotnosti	600 - 1000 g	nad 1000 g
Cefalea	ne	ano
Poruchy vizu	ne	ano
Epigastrická bolest	ne	ano
Nauzea, zvracení	ne	ano
Oligurie	ne	pod 400 ml/24 hodin
Edém plic	ne	ano
Cyanóza	ne	ano

13

Komplikace

Eklampsie je se všemi svými následky nejzávažnější komplikací preeklampsie. Vede k vysoké mateřské úmrtnosti, která se pohybuje asi kolem 2 %. V moderní klinické praxi je velmi vzácná. Podobně závažnou komplikací je HELLP syndrom. Kauzální léčbou u obou komplikací je ukončení těhotenství. Pokud se eklampsie objeví v začátcích těhotenství, její prognóza je horší, než objeví – li se při porodu nebo v raném šestinedělí. Mozkové krvácení je často fatální a zpravidla bývá provázeno vážnou hypertenzí. Syndrom dechové tísně dospělých (ARDS) je také jednou z komplikací preeklampsie.

- křeče s bezvědomím

¹² ZWINGER, A.: Porodnictví – první vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN: 80-7262-257-9, str. 204

¹³ HÁJEK, Z.: Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0418-8, str. 99

- intracerebrální krvácení
- edém mozku
- kortikální slepota
- plicní edém
- ARDS (syndrom dechové tísně dospělých)
- diseminovaná intravaskulární koagulopatie
- HELLP syndrom
- ruptura jater a infarkty jater
- renální a kortikální nekróza ¹⁴

3.5 Terapie

Definitivní léčbou preeklampsie, jak bylo opakovaně uvedeno, je ukončení těhotenství a odstranění placenty, která je pravděpodobně příčinou vzniku preeklampsie. Při rozhodování o léčebném postupu je vždy nutné brát v úvahu stav plodu, stáří těhotenství a závažnost postižení. Nejvýznamnější je udržení hodnot TK v bezpečných mezích, to znamená udržení diastolického TK pod 100 mm Hg. Zásadně je nutné pacientky vždy hospitalizovat, někdy postačí i klid na lůžku k úspěšnému snížení TK. U těžších forem preeklampsie se stále úspěšně používá **Dihydralazin**, buď v kontinuální infúzi (5-10 mg/h), nebo opakovanými bolusy (5 mg). Efekt nastupuje asi po 20 minutách a účinek po přerušení podávání trvá ještě asi 2 hodiny. Vedlejší účinky: tachykardie, bolest hlavy, někdy i pocit neklidu. Dalším úspěšným lékem je kombinovaný α a β – blokátor **Labetalol**, který se podává také intravenózně. Obvyklý protokol je zahajovací dávka 20mg/h. která je opakovaná nebo zdvojená každých 30 min. až do dosažení uspokojivého tlaku. Blokátory kalciového kanálu jsou efektivními vazodilatačními látkami, které se mohou podávat perorálně. Používá se **Nifedipin**, který působí do 10 až 15 min. Diuretika pro léčbu akutních hypertenzních komplikací u PE nejsou doporučována, jejich použití je vyhrazeno např. pro léčbu plicního edému jako komplikace těžké preeklampsie. Není – li možné zvládnout hypertenzi uvedenou léčbou, je indikováno ukončení těhotenství. Jako prevence nástupu eklamptických křečí i jako mírný vazodilatátor se používá tradičně magnézium v gramových dávkách v průběhu několika hodin, převážně intravenózně. Při podávání se doporučuje monitorovat jeho hladiny. Někteří neurologové doporučují při známkách hyperexcitability a nebezpečí vzniku eklampsie podávat **Fenytoin** jako antikonvulzivum. Lékem volby při nástupu křečí je **Diazepam** podávaný v dávce 5 – 10 mg intravenózně a dále 20 mg intramuskulárně každých 6 h. Pokud je léčba akutního vzestupu tlaku úspěšná, je třeba se rozhodnout o dalším postupu. Je třeba dále kontrolovat TK bezpečnými a účinnými antihypertenzivy. V těhotenství se k této léčbě používají zejména **Metyldopa** a β – blokátory. ¹⁵

¹⁴ ZWINGER, A.: Porodnictví – první vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN: 80-7262-257-9, str. 204, 205

¹⁵ ZWINGER, A.: Porodnictví – první vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN: 80-7262-257-9, str. 205

C PRAKTICKÁ ČÁST

1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení:	V.Š.
Oslovení:	paní Věra
Rodné číslo:	xxxxx
Věk:	37 let
Stav:	svobodná
Adresa:	Praha 2, Vinohrady
Kontaktní osoba:	přítel Petr
Pojišťovna:	111
Povolání:	administrativní pracovnice
Vzdělání:	středoškolské
Národnost:	česká
Vyznání:	bez vyznání
Datum přijetí:	7.10.2008
Datum propuštění:	14.10.2008
Doba mého ošetřování:	8.10. - 11.10.2008

2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

2.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Bezvýznamná.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Klientka prodělala běžná dětská onemocnění, běžné úrazy. V roce 1993 absolvovala operaci kolene. 24.08.2008 jí byl zaveden stent do pravé ledvinné pánvičky pro hydronefrosu. Dále prodělala uroinfekci v těhotenství.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Léky neguje.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Paní Věra žije s druhem Petrem ve společné domácnosti ve čtyřpokojovém bytě v Praze na Vinohradech.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Paní Věra dochází ke svému gynekologovi pravidelně, dvakrát ročně. Vážnějšími gynekologickými problémy nikdy netrpěla. (Ve chvíli, kdy se s partnerem pokoušeli počít dítě, zjistili, že přirozenou cestou to ani po době ročního nechráněného styku nejde. Proto byla i se svým partnerem odeslána obvodním gynekologem na specializované pracoviště reprodukční medicíny. Zde byli oba partneři opakovaně vyšetřeni. Výsledek spermiogramu pana Petra byl v normě, tudíž problém lékaři shledali na straně paní Věry, přestože nezjistili žádnou objektivní poruchu). Asi 1 rok byla léčena pro sterilitu, její příčinu se bohužel nedařilo zjistit. Vzhledem k věku paní Věra absolvovala IVF + ICSI. Zákrok byl úspěšný, bylo potvrzeno těhotenství s dvojčaty. Poté docházela na pravidelné gynekologické prohlídky v rámci těhotenské poradny. Těhotenství probíhalo bez výraznějších obtíží až do 7. měsíce, kdy klientka prodělala uroinfekci. Následně byly podávány ATB – Augmentin, byl zaveden stent do pravého pánevního systému pro hydronefrózu. Celkově bylo těhotenství pokládáno za rizikové, jednak pro těhotenství s dvojčaty po IVF, jednak byla klientka po dobu 4 týdnů hospitalizována pro partus prematurus imminens. Menses ve 16 letech, cyklus pravidelný 28/5, těhotenství 1x (po IVF + ICSI), porod 1x – sectio caesarea 5.10.2008 pro hrozící HELLP syndrom, potrat 0, hormonální léčba pro sterilitu.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka byla dne 1.10.08 přeložena z VFN, kde byla dlouhodobě hospitalizována (4 týdny) na oddělení rizikového těhotenství pro preeklampsii s dvojčaty po IVF, pro hrozící předčasný porod na GP kliniku FNB pro akutní nedostatek JIPových novorozeneckých lůžek ve VFN. Grav. heb. 33+3, gemini biamniati, bichoriati. Na Gynekologicko – porodnické klinice FNB došlo k observaci stavu, postupnému zhoršování laboratorních hodnot, k hypertenzi a dušnosti. Dne 5.10.2008 byl proveden císařský řez pro obavy z rozvoje HELLP syndromu. Od večera 6.10. vystupňovaná dušnost, hyposaturace, provedeno angio CT plic bez průkazu plicní embolie, fluidothorax bilaterálně, edém plic, popisováno v.s. počínající ARDS. Po konzultaci s hematologem pro konsumpční koagulopatii podán Antitrombin 1000 j a 4 mražené plazmy, Clexane 0,2 ml s.c. á 24 hod. Ráno 7.10. pro na oxygenoterapii neustupující dechovou tíseň a objektivní hyposaturaci přeložena na ARO RS FNB.

2.2 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

HLAVNÍ DIAGNÓZY – AKUTNÍ RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ
SYNDROM RESPIRAČNÍ TÍSNE DOSPĚLÝCH

PREEKLAMPSIE V TĚHOTENSTVÍ

OSTATNÍ DIAGNÓZY – HYDRONEFROSA SE STRIKTUROU URETERU
VPRAVO

3 DIAGNOSTICKÁ PÉČE OD PŘÍJMU DO 5. DNE HOSPITALIZACE

3.1 ZÁKLADNÍ FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Oběh: TK: 160/90, P: 102, EKG: SR (sinusový rytmus), CVP: 13 cm

Dýchání: spontánní na obličejové masce s PEEP 10 cm, + 8 l O₂, poslechový nález:
dýchání symetrické, oslabené, SpO₂ 96 %

Vědomí: při vědomí, spolupracuje, GCS: 14

TT: tělesná teplota při příjmu 36,5 °C

3.2 INVAZIVNÍ MONITORACE

Při příjmu byly klientce zavedeny invaze, jednak pro kontinuální monitoring (přímý TK, CVP, hodinová diuréza), dále pro opakované arteriální odběry pro nutnost vyšetření krevních plynů.

- CŽK (centrální žilní katétr) – byl zaveden cestou véna subclavia l. sin., klidný, průchodný
- ARTERIÁLNÍ KATÉTR – byl zaveden do arteria radiális l. dx., klidný, průchodný
- PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR – číslo 14
- PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR – byl zaveden do LHK, kanyla klidná

3.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ KRVĚ

Tabulka č. 2

Datum	7.10.2008	8.10.2008	9.10.2008	10.10.2008	11.10.2008	Ref. hodnoty	Jednotky
Hodiny	13:00 hod	08:00 hod.	08:00 hod	08:00 hod	08:00 hod		
IONTY							
natrium	132	134	133	135	135	135 - 145	mmol/l
kalium	5	4,3	4,1	4,4	4,7	3,8 - 5,3	mmol/l
chloridy	108	104	105	110	107	98 - 108	mmol/l
calcium	1,86					2 - 2,75	mmol/l
fosfor	1,22					0,7 - 1,5	mmol/l
magnésium	1,19					0,66 - 0,94	mmol/l
METABOLITY							
bilirubin	nesp.reakce	8	7			0- 20	umol/l
urea	4,48					2 - 7,5	mmol/l
kreatinin	88	95	83	75	69	35 - 100	umol/l
BÍLKOVINY							
C - reakt. protein	80,4	94	70,4	30,5	17,5	0 - 8	mg/l

celk. bílkovina	42					65 - 80	g/l
albumin	22					32 - 45	g/l
ENZYMY							
AST	1,24	1,12	0,89			0 - 0,5	ukat/l
ALT	0,42	0,45	0,46			0, - 0,55	ukat/l
ALP	1,94	2,04	1,7			0,5 - 2	ukat/l
GMT	0,26	0,28	0,24			0 - 0,6	ukat/l
amyláza	0,99					0,46 - 1,66	ukat/l
lipáza	0,05					0,35 - 1,12	ukat/l
HORMONY							
kortizol				606,6		100 - 536	nmol/l
T3	0,87					0,32 - 5	nmol/l
T4	92,8					60 - 155	nmol/l
glykémie	4,49	4,09	4,41	4,8	4,6	3,0 - 6,0	mmol/l
clearance kreat.		0,892	1,749	1,791	2,137	1,3 - 2,5	ml/s

Nedílnou součástí diagnostiky u pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko - resuscitačním oddělení je pravidelné sledování výše krevních plynů. To zejména z toho důvodu, že většina pacientů vyžaduje oxygenační terapii eventuelně umělou plicní ventilaci.

Pro optimální a přesnější stanovení výše krevních plynů se používá odběr z arteriální krve. Odběr se provádí pomocí speciální odběrové soupravy určené přímo pro vyšetření krevních plynů (ASTRUP).

Krev se odebírá obvykle z a. radiális na nedominantní končetině. Méně často, pro daleko větší riziko komplikací (krvácení...), se k odběru užívá a. femorális.

Při odběru se musí postupovat opatrně a šetrně, abychom nepropíchlí stěnu artérie. Ihned po odběru je nutné provést kompresi místa vpichu. Nejvýhodnější je odběr ze speciálního uzavřeného systému, který máme k dispozici, je-li u pacienta monitorován přímý TK (ABP = arterial blood pressure).

Odebranou krev je nutné bezprostředně vyšetřit ve speciálním analyzátoru, je-li k dispozici na oddělení, případně je nutné stříkačkou z krve uložit na led a co nejdříve dopravit do příslušné laboratoře.

Ještě před tím je nutné vyplnit žádanku s identifikačními údaji klienta, dále doplnit:

- množství hemoglobinu v krvi
- hematokrit
- tělesnou teplotu
- % O₂

přehled vyšetření **krevních plynů** (ASTRUP)

Tabulka č. 3

Datum	7.10.	8.10.	9.10.	10.10.	11.10.	ref.hodnoty	jednotky
Hodina	13.00h. / 21:00h.	08:00h. / 21:00h.	08:00 hod.	08:00 hod	08:00 hod		
ph	7,476 / 7,511	7,492 / 7,526	7,483	7,467	7,473	7,36 - 7,44	
pCO ₂	3,4 / 3,71	4,30 / 4,06	4,37	4,31	3,4	4,0 - 6,8	kpa

pO ₂	23,03 / 7,07	11,15 / 12,20	25,97	10,33	10,26	9,0 - 13,0	kpa
SpO ₂	99,9 / 90,7	97,5 / 98,4	99,9	96,5	96,7	97 - 100	%
HCO ₃	19 / 22,5	25,0 / 25,5	24,8	23,6	18,9	22 - 26	mmol/l
SBC	22,3 / 25,1	26,7 / 27,8	26,5	25,2	22	22 - 26	mmol/l
BE	- 4,8 / - 0,8	1,4 / 2,5	1,1	-0,4	-5	0 ± 2	mmol/l
BB	2,5 / 0,9	2,6 / 3,8	2,3	0,9	-2,9	0 ± 2	mmol/l

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ MOČE

- moč chemicky** – glukóza normální nález, bílkovina 2, bilirubin negativní, urobilinogen negativní, ph 7,0, krev 4, ketolátky negativní, nitráty negativní, hustota 1,006
- moč sediment** – erythrocyty 2 a. j. 128 /ul, leukocyty 0 a. j. 17/ul, bakterie 4 a. j. , kulaté epitely 0 a. j. 1

SEROLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

Serologická vyšetření na lues:

- RPR test: negativní
- TPPA test: negativní

VIROLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

- anti HIV 1,2 – negativní
- anti HbsAg – negativní
- anti Hcv – negativní

HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ KRVĚ

Krevní obraz

Tabulka č. 4

DATUM	7.10.	8.10.	9.10.	10.10.	11.10.	ref.hodnoty	jednotky
ČAS	13.00	8.00	8.00	8.00	8.00		
Leukocyty	13,1	11,4	8,5	7,3	7,1	4,0 - 10,0	10 na 9/l
Erythrocyty	3,73	3,8	3,9	3,69	4,03	4,2 - 5,4	10 na 12/l
Hemoglobin	113	119	123	116	125	120 - 160	g/l
Hematokrit	0,334	0,348	0,365	0,339	0,373	0,370 - 0,460	l/l
Trombocyty	147	165	164	180	181	140 - 440	10 na 9/l

Koagulační vyšetření

Tabulka č. 5

DATUM	7.10.	8.10.	9.10.	ref. Hodnoty	jednotky
ČAS	13.00.	8.00	8.00		

Quickův test	13,2	13,4	12,8	10.9 - 15,2	sekunda
INR	1,01	1,03	0,97	0,80 - 1,2	
APTT	52,4	48,2	38,3	26,8 - 40,2	sekunda
Trombín.čas	15	14,1	16,3	12,0 - 16,0	sekunda
fibrinogen	3,32	4,22	3,58	2,0 - 4,0	g/l
D - dimery	pozitivní	pozitivní	silně pozit.		
Antitrombin III	56%	71%	95%	81 - 123%	%

MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

vyšetření ze dne 7.10.2008

- výtěr z nosu – primokultivace : Staphylococcus epidermidis
- výtěr z tonsil – primokultivace: normální flóra
- sputum – primokultivace : sterilní
- vyšetření protilátek na legionellu : hraniční titr

vyšetření ze dne 9.10.2008

- PCT = PROKALCITONIN – **0,70** v ng/ml, odběr PCT byl opakován 10.10.2008 – požadovaný výsledek nebyl dosud k dispozici.

3.4 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ

EKG : fyziologický nález, SR (sinusový rytmus), během hospitalizace natočeno 2 x.

RTG srdce a plic:

- **vyšetření ze dne 7.10.2008** - *hrudník souměrný bez patologických změn. Srdce dilatované. Velké městnání v malém oběhu, plicní edém s oboustrannými výpotky. Transparence plicního parenchymu oboustranně snížena. CŽK zaveden zleva z VCS sin, bez paravazace, bez PNO.*
- **vyšetření ze dne 9.10.2008** - *ve srovnání s 8.10.2008 výrazná progrese nálezu, nově nehomogenního zastření celého pravého hemithoraxu při městnání v malém oběhu charakteru plicního edému při ARDS v kombinaci s fluidothoraxem bilaterálně, výrazněji vpravo, kde se rozlévá plášťově až k apexu. Přetrvává zastření v dolním poli i*

vlevo. Srdeční stín dilatován, aorta štíhlá. CŽK zaveden zleva VCS sin., bez paravazace, bez PNO.

3.5 KONZILIA

GYNEKOLOGICKÁ KONZILIA

- **vyšetření ze dne 7.10.2008** - z porodnického hlediska průběh uspokojivý, prsy nalité, břicho prohmatné, operační rána klidná, nekrvácí. Doporučen Dostinex 2 tbl., při opakování obtíží znovu podat.
- **vyšetření ze dne 8.10.2008** - prsa nalitá bez zarudnutí, odstříkaná částečně, laktace +/+ . Rána klidná, bez známek hematomu, provedena toaleta rány, redony extrahovány, sterilní krytí. Břicho měkké, peristaltika poslechově +, děloha F p/2, lochia sanguinolentní, doporučuji rektální rourku, vyvézt prsa, nyní napařit a odstříkat, pak ledovat, dále Dostinex ½ tbl á 12 hodin event. Perfalgan i.v. 3x 500 mg.
- **vyšetření ze dne 9.10.2008** - subjektivně se pacientka cítí dobře, rána klidná, prsa nalitá, odsáto cca 10 ml z každé mammy. Doporučuji večer poslední tbl Dostinexu, ledovat a vyvézt prsa.
- **vyšetření ze dne 10.10.2008** - status post S.C. pro hrozící HELLP syndrom a gemini po IVF, dnes 5. pooperační den. Subjektivně – dýchání se zlepšilo, občas pocit nedodýchnutí, peristaltika a větry +, prsy nalité, močí vydatně. Objektivně – normální kontakt, oběhově stabilní, afebrilní, dýchá spontánně na zvlhčovači, břicho měkké, děloha se zavíná – fundus 2-3 prsty pod pupek. Lochia serosanguinolentní, sporá, operační rána klidná, bez zarudnutí, prsy ještě mírně tužší, ale bez zarudnutí či zatvrdnutí. Doporučuji již neodstříkávat, vyčkat nástupu účinku Dostinexu, event. provést elastickou bandáž prsů. Naše kontrola dle potřeby.

4 TERAPEUTICKÁ OPATŘENÍ 1. – 3. DEN HOSPITALIZACE

4.1 OXYGENOTERAPIE

7.10.2008

- inhalační BIRD s obličejovou maskou s PEEP 10 cm + 8l O₂, nebulizace 4 ml FR á 3 hodiny

8.10.2008

- obličejová maska s PEEP 10 cm, + 10 l O₂ trvale, á 2 hodiny možno odpočinout na 5 – 15 minut s obličejovou maskou s 12 l O₂

4.2 FARMAKOTERAPIE

I.V. APLIKACE

AUGMENTIN 1,2 g á 6 hodin - **/AMOXICILLINUM NATRICUM/** - **ANTIBIOTIKU**

Vedlejší účinky: průjem, nauzea, zvracení, závratě, bolesti hlavy, svědění, kopřivka

HELICID 40 mg á 24 hodin - **/OMEPRAZOLUM NATRICUM/** - **ANTIULCERÓZUM**

Vedlejší účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, plynatost, svědění, kopřivka

NOVALGIN 1 ampule při bolesti max. 3 x denně - **/METAMIZOLUM NATRICUM/** - **ANALGETIKUM**

Vedlejší účinky: anafylaktoidní reakce – svědění, zarudnutí, kopřivka, dyspnoe, GIT obtíže

PERFALGAM 500 mg i.v. á 8 hodin - **/PARACETAMOLUM/** - **ANALGETIKUM,**
ANTIPTYRETIKUM

Vedlejší účinky: neklid, přecitlivělost, kardiovaskulární hypotenze, zvýšení jaterních transamináz, trombocytopenie, leukopenie

S.C. APLIKACE

CLEXANE 0,4 ml á 24 hodin - **/ENOXAPARINUM NATRICUM/** - **ANTIKOAGULANS**

Vedlejší účinky: krvácení, trombocytopenie, kožní + alergická reakce

P.O. APLIKACE

ACCUPRO 10 mg tbl á 12 hodin - **/QUINAPRILI HYDROCHLORIDUM/** - **HYPOTENZÍVUM**

Vedlejší účinky: bolesti hlavy, závratě, únava, nauzea, zvracení, bolesti svalů

DIAZEPAM 10 mg tbl na noc - **/DIAZEPAMUM/** - **ANXIOLYTIKUM**

Vedlejší účinky: spavost, únava, závratě, bolest hlavy, porucha koordinace pohybů, zraku, řeči, alergické kožní projevy (svědění, otok)

DOSTINEX 0,5 tbl á 12 hodin - **/CABERGOLINUM/** - **GYNEKOLOGIKUM**

Vedlejší účinky: zástava tvorby mléka, pokles TK, závratě, bolesti hlavy, břicha

GRANDAXIN 1 tbl 3 x denně - **/TOFISOPAMUM/** - **ANXIOLYTIKUM**

Vedlejší účinky: nevolnost, bolesti žaludku, svědění, vyrážka

HYPNOGEN 15 mg tbl na noc - **/ZOLPIDEMI TARTRAS/** - **HYPNOTIKUM**

Vedlejší účinky: zmatenost, halucinace, noční můry, neklid

4.2.1 INFÚZNÍ TERAPIE

7.10.2008 - CK: PLASMALYTE 1000 ml + MgSO₄ 20 % 1 a. + FSM 40 mg (1x 1000 ml)

- PK: PLASMALYTE 1000 ml rychlostí 42 ml/hodina

8.10.2008 - CK: PLASMALYTE 1000 ml + 30 ml KCL + MgSO₄ 20 % 1 amp. + FSM 20 mg (2 x 1000 ml)

- PK: FYZIOLOGICKÝ ROZTOK 500 ml rychlostí 21 ml/hodina

9.10.2008 - CK: PLASMALYTE 1000 ml + 60 ml KCL + MgSO₄ 20% 1 amp. + FSM 10 mg (1 x 1000 ml)

- PK: FYZIOLOGICKÝ ROZTOK 500 ml rychlostí 21 ml/hodina

4.2.2 TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVKY

Při příjmu, po konzultaci s hematologem, byly pro konzumpční koagulopatii podány 4 mražené plazmy.

4.3 DIETETIKA

První den hospitalizace (7.10.2008) může klientka pouze opatrně pít, jinak má zákaz veškerého jídla. Následující den již příjem tekutin per os není omezen, může pít libovolně podle chuti (slazený čaj). Dále byl naordinován CUBITAN 1 x denně per os, klientka může zkusit D č. 1 = kašovitá. (8.10. + 9.10.2008). Následující dny se dietní opatření nezměnilo,

4.4 POHYBOVÝ REŽIM

Klientka má naordinován režim č. 3 = klid na lůžku. Dle ordinace lékaře byla klientka uložena do polohy se zvýšenou horní polovinou těla. Dále byla doporučena speciální fyzioterapie (respirační fyzioterapie) a aktivní RHB dle možností klientky, pasivní RHB a speciální fyzioterapie byla prováděna rehabilitační sestrou 2 x denně. Velký důraz byl kladen především na dechovou RHB pod dohledem rehabilitační sestry.

5 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Při příjmu byly klientce zavedeny invaze. Paní Věra byla klidově dušná i na oxygenoterapii 10 – 12 l O₂, oběhově stabilizovaná s hypertenzí, klinicky bez projevů krvácení. Laboratorně byla prokázána mírná elevace jaterních testů, dále snížená hladina AT III a fibrinogenu. Na RTG plic byl diagnostikován fluidothorax bilat., intersticiální plicní edém, v arteriálních krevních plynech byla patrná hypoxemie, oxygenační index odpovídal ARDS (méně než 200). Klientka spolupracovala bez problémů, na CPAP s obličejovou maskou s PEEP 10 cm docházelo k postupnému zlepšování krevních plynů a subjektivně pociťované dušnosti. Byla

nasazena ATB terapie, ACEI a zastavena laktace. Po 3 dnech hospitalizace byla klientka vyčerpaná, depresivní, plačtivá. Byla zahájena mírná sedace, s výraznou dechovou RHB bylo možné nemocnou ponechat na obličejové masce s vysokým průtokem O₂. I když klinicky došlo k uspokojivému zlepšení stavu i krevních plynů, na RTG S + P i při velmi nízkém CVP stále přetrvával obraz šokové plíce, proto byla nasazena nízká dávka kortikosteroidů. V dalších dnech byla klientka v dobré kondici, večer však docházelo k opakovaným záchvatům dušnosti spojených s výkyvy TK a zhoršením dušnosti. Tyto obtíže postupně ustoupily a klientka byla přeložena 14.10.2008 zpět na gynekologický JIP FNB. V den překladi byla klientka plně při vědomí, dobře spolupracovala, ladění pacientky bylo dobré, bez depresivních stavů, nebyla klidově dušná a dýchala spontánně bez oxygenoterapie (SPO₂ 94 – 95). Arteriální katétr, CŽK, PMK byly zrušeny 13.10.2008, ponechána byla pouze periferní i.v. kanyla.¹⁶

6 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

6.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

¹⁶ CHOROBOPIS PACIENTKY

KE 2. DNI HOSPITALIZACE

6.1.1 ZÁKLADNÍ BIOLOGICKÉ POTŘEBY

DÝCHÁNÍ

Klientka uvádí, že předtím než přišla do jiného stavu, neměla nikdy žádné obtíže s dýcháním. Poté, co otěhotněla, taktéž neměla žádné výrazné potíže. Ve třetím trimestru těhotenství se však začala zadýchávat při rychlejší chůzi a při výstupu do schodů. Pro zmírnění těchto obtíží dle potřeby odpočívala, pro chůzi volila pomalejší tempo. Před příchodem do nemocnice neměla klientka, dle svých slov, výraznější obtíže. Mírné zadýchávání, podle ní, způsoboval pokročilý stupeň těhotenství. Výrazné dechové obtíže, které se podle paní Věry projevovaly pocitem nedostatku vzduchu a pocitem nedodýchnutí, začala klientka pozorovat až 1. den po porodu dvojčat (6.10.2008).

Pro udávané obtíže byla na JIP gynekologického oddělení opakovaně vyšetřena a byla jí nasazena maska s kyslíkem. Vzhledem k tomu, že potíže neustupovaly ani po nasazení kyslíku, bylo jí ošetřujícím gynekologem sděleno a vysvětleno, že ji bude nutné pro možné riziko zhoršování dušnosti a celkového stavu přeložit na specializované pracoviště ARO v rámci FNB.

Paní Věra mi prozradila, že rozhodnutí o překladi na ARO ji velice vyvedlo z míry. Ošetřující gynekolog jí však vysvětlil závažnost stavu, veškerá možná rizika a komplikace, které mohou nastat, proto chápala, že je to nezbytné.

Klientka je nekuřačka. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Pozorováním klientky usuzuji, že paní Věra je dušná i v klidu. Dýchá spontánně na obličejové masce s PEEP 10 cm a průtokem 10 litrů O₂. Saturace na této oxygenoterapii dosahuje hodnot okolo 93 – 94 %. Dýchání je nepravidelné, je patrné výrazné dechové úsilí (zapojování pomocných dýchacích svalů), klientka je značně unavená a vyčerpaná. Paní Věra s ochotou spolupracuje, avšak rozhovor se snažím přizpůsobit jejím potřebám a možnostem (bez obličejové masky vydrží přibližně 3 minuty). Frekvence dýchání je 24 dechů/ min. Rýmu ani kašel nepozoruji, občas si kýchne. /1a/

HYDRATACE

Klientka se snaží dodržovat pitný režim. Doma vypije zpravidla 1,5 – 2 litry tekutin denně. Uvádí, že během letních měsíců se její spotřeba tekutin výrazně zvyšuje. Pitný režim se

snažila dodržovat i v průběhu těhotenství, ale přiznává, že v posledním trimestru těhotenství pila o něco méně, neboť se jí chtělo často na malou stranu. Nejraději pije neslazený ovocný čaj, neperlivou vodu, příležitostně také minerálku. Kávu obvykle pije 2 x denně, během těhotenství pouze ráno. Alkohol pije zcela výjimečně pouze při zvláštních příležitostech, ne však více jak 3 dcl vína. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Stupeň hydratace se jeví jako přiměřený. Nepozoruji extrémní suchost kůže, snížený turgor kůže ani jiné projevy dehydratace. Při příjmu tekutin je klientka relativně soběstačná, vyžaduje pouze menší pomoc při nasazení a úpravě kyslíkové masky. Vedle lůžka má na dosah ruky připraven stůl, na kterém je hrnek s brčkem, ve kterém je neslazený ovocný čaj. Tento si paní Věra popíjí dle libosti. Během dnešního dne vypila 3 hrnky, což odpovídá 750 ml. /1a, 1b/

VÝŽIVA

Klientka měří 174 cm, váží přibližně 70 kg, BMI = 23,12 /norma/. Svoji váhu hodnotí jako přiměřenou. Vzhledem k tomu, že je pár dnů po porodu, je se svou váhou spokojená. Během těhotenství jedla více ovoce a zeleniny, snažila se omezit kořeněná a nadýmavá jídla. Dále se vyhýbala rizikovým potravinám jako jsou nedovařená vejce, játra, zrající sýry. Chuť k jídlu se jí během těhotenství výrazně nezměnila. Sníženou chuť k jídlu uvádí pouze v souvislosti s pooperačním obdobím po císařském řezu. Chuť na jídlo neměla ani v pozdějším období z důvodu dušnosti. Doma je zvyklá jíst pravidelně menší porce. Z potravin preferuje bílé maso, zeleninu, těstoviny. Nemá ráda rajčata, jinak sní téměř všechno. Redukční dietu nikdy nedržela.

Svůj chrup hodnotí jako dobrý, protézu nemá, rovnátka nikdy nenosila. Potíže s polykáním ani kousáním nemá. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Stav výživy se mi jeví jako přiměřený. Od dnešního dne má klientka naordinovanou dietu č. 1 = kašovitá. Přestože na jídlo neměla velkou chuť, snědla k obědu asi polovinu polévky a bramborové kaše. Je schopná se najíst sama, ale potřebuje pomoc při změně polohy a vše potřebuje připravit na dosah ruky. Enterální ani parenterální výživu klientka nedostává, jako doplněk stravy jí byl naordinován Cubitan 1 x denně, který si průběžně popíjí. Potíže s kousáním ani polykáním nepozoruji. /1a, 1b/

VYPRAZDŇOVÁNÍ

MOČENÍ – klientka uvádí, že výraznější problémy s močením nikdy neměla. V průběhu těhotenství však prodělala uroinfekci. Během té se objevily potíže při močení jako pálení, řezání, časté nutkání na močení. Následně jí byl zaveden stent do pravého pánečkového systému pro hydronefrózu (24.8.08). Při hydronefróze a uroinfekci dostávala paní Věra antibiotika (Augmentin), díky kterému se infekci podařilo zvládnout. Poté se již žádné obtíže nedostavily. /1b/

DEFEKACE – paní Věra mi prozradila, že s vyprazdňováním nemá žádný problém. Na stolici obvykle chodí jednou denně, většinou po ránu po vypití ranní kávy. Pravidelnou stolici, si dle svých slov, udržuje také tím, že jí často mléčné výrobky (jogurty, zakysaná mléka), dále se snaží dodržovat pitný režim a konzumovat dostatek ovoce a zeleniny. Nadýmání ji obtěžuje pouze příležitostně po požití nevhodných potravin jako je zelí, luštěniny, větší množství cibule atd. Stolice mívá normální barvu a běžnou konzistenci. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Při příjmu byl klientce zaveden permanentní močový katétr z důvodu vynuceného klidu na lůžku a pro možnost měření hodinové diurézy. Barva moči je slámově žlutá, průměrné množství moči činí 120 – 130 ml/ hod. Zavedení permanentního močového katétru snáší klientka bez obtíží. /1a, 1b/

HYGIENA, PÉČE O KŮŽI

Doma je paní Věra zvyklá sprchovat se 2 x denně, ráno a večer. Při potřebě, zejména v letních měsících i častěji. O kůži je zvyklá důkladně pečovat protože má kůži nadměrně suchou. Kůži ošetřuje speciálními tělovými mléky pro zvláště suchou pokožku. V průběhu těhotenství se navíc pravidelně mazala přípravky proti striím v náchylných partiích těla. V těhotenství často trpěla svěděním pokožky, zvláště po koupeli. Tyto obtíže řešila častější frekvencí promazávání. Obličej si každý večer odličuje odličovacím mlékem, vyčistí ho pleťovou vodou a ošetří nočním hydratačním krémem. Chrup si čistí pravidelně ráno a večer. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Během provádění hygieny je pacientka částečně soběstačná. Dle Barthelova testu základních všedních činností je u klientky závislost středního stupně (45 bodů). Je schopna se umýt sama pouze v místech, kam dosáhne. K úplné samostatnosti ji brání jednak vynucený klid na lůžku, dále množství invazivních vstupů, pro které má omezenou pohyblivost. Chrup si zvládne vyčistit bez obtíží sama, potřebuje pouze připravit toaletní potřeby na dosah ruky. Paní Věra je čistá, upravená, nejeví známky zanedbanosti.

Celistvost kůže je porušena invazivními vstupy a v podbřišku je patrná jizva po císařském řezu. Do dutiny břišní jsou zavedeny 2 drény.

Vyrážku, opruzeniny ani žádné hematomy nepozorují. /1a/

POTŘEBA SPÁNKU A ODPOČINKU

Paní Věra je zvyklá spát přibližně 8 - 10 hodin denně. Problémy se spánkem neuvádí. Usíná bez obtíží a vydrží spát nerušeně až do rána. Mírnější obtíže měla pouze v těhotenství, zejména v posledním trimestru, kdy ji občas během noci budily pohyby dětí. V průběhu dne není zvyklá pospávat. Během těhotenství se však často cítila unavená a pokud neměla povinnosti, šla si po obědě na chvíli zdřímnout. Před spaním si ráda čte knihy, taktéž jí nevadí usínání u televize. Léky na spaní nikdy neužívala. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Od kolegyň, které měly noční službu jsem se dozvěděla, že se paní Věra příliš nevyspala. Usnula až někdy nad ránem. Totéž mi potvrdila sama klientka. Vadil jí především ruch na oddělení, který je díky „alarmům“ a běžnému provozu značný. Klientka mi sdělila, že je velmi unavená, cítí se nevyspalá a doufá, že deficit dospě alespoň částečně během dne. Paní Věra vypadá unaveně, má kruhy pod očima. /1a, 1b/

POTŘEBA TEPLA A POHODLÍ

Klientka preferuje optimální teplotu v místnosti. Dle svých slov není ani „teplomilná“ ani „zimomřivá“. Na spaní má raději chladno, doma spí u pootevřeného okna. Pro paní Věru je spánek velice důležitý, a proto si na spaní pořídila kvalitní zdravotní matrace. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Během hospitalizace na našem oddělení je paní Věra nucena dodržovat absolutní klid na lůžku. Má naordinovanou zvýšenou polohu hlavy a trupu. Dle slov klientky jí uložení do této polohy vyhovuje, protože se jí lépe dýchá a má možnost lepšího pohybu v rámci lůžka. Na výrazné nepohodlí si nestěžuje, určitý dyskomfort však zaznamenává díky přítomnosti invazivních vstupů a díky bolestem v podbřišku, které ji obtěžují zejména při změně polohy. Za určité nepohodlí také označila nutnost mít na obličej kyslíkovou masku s PEEP, která je pro maximální efekt svého účinku dosti těsná. Matrace lůžka jí nečiní žádné výraznější obtíže. Teplota lůžka je optimální, nepocituje přílišné teplo ani chlad. /1a, 1b/

POTŘEBA BÝT BEZ BOLESTI

Klientka uvádí, že během svého života se s bolestí často nesetkávala. Příležitostně ji obtěžuje bolest hlavy a to především v období menstruace. Léky proti bolestem užívá minimálně, pouze v případě, že se jí bolest nedaří utlumit alternativními postupy jako jsou studené obklady atd. Pokud je už nucena si nějakou tabletu proti bolesti vzít, většinou sáhne po Paralenu či Ibalginu. Během těhotenství prodělala močovou infekci, která jí působila značné bolesti při močení. Následně jí byl zaveden stent do pravého pánvičkového systému pro hydronefrózu. Paní Věra mi sdělila, že zaznamenávala občasné bolesti v oblasti zavedeného

stentu. Nejvíce nelibě však nesla bolest v podbřišku, která byla způsobena operačním zákrokem při císařském řezu. Bolesti byly intenzivní zejména při vstávání z lůžka a při defekaci. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Klientka uvádí bolest v podbřišku, která byla způsobena operačním zákrokem (císařský řez). Paní Věra reaguje bolestivě zejména při provádění hygieny, kde je s pomocí zdravotnického personálu nucena se otočit z boku na bok, aby mohlo dojít k výměně ložního prádla a k úpravě lůžka. Dále se intenzita bolesti zesiluje zejména při kýchání. Bolest je podle klientky snesitelná, na vizuální analogové škále ji hodnotila stupněm číslo 5. /1a, 1b/

SEXUÁLNÍ POTŘEBY

Paní Věra vede běžný sexuální život. Je heterosexuálně orientována. Nikdy nebyla promiskuitní, vždy měla spíše dlouhodobé vztahy. Nyní již 6 let žije ve společné domácnosti se svým druhem Petrem, se kterým je spokojená a konečně se jí splnilo velké přání „mít děti“. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Momentálně je naprosto šťastná, že se jí narodily dvě krásné a zdravé děti. Její největší prioritou je v tuto chvíli brzké uzdravení, aby se mohla starat o své děti a plně se jim věnovat. Jakékoliv sexuální potřeby jsou pro ni v tuto chvíli absolutně nepodstatné. /1b/

6.1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

POTŘEBA SOBĚSTAČNOSTI

V běžném životě je klientka naprosto soběstačná. Se sníženou soběstačností se setkala pouze po porodu dvojčat, kdy jí den po císařském řezu dopomáhal ošetřující personál při vstávání z lůžka a s hygienou. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Klientka je částečně soběstačná. Z důvodu vynuceného klidu na lůžku, bolesti operační rány a díky invazivním vstupům, které jí do jisté míry omezují, vyžaduje dopomoc zejména při toaletě a také při jídle. Je schopna se najíst sama, sama si také vyčistí chrup, ale vše potřebuje připravit na dosah ruky. /1a/

POTŘEBA BEZPEČÍ A JISTOTY

Klientka se cítí po psychické stránce bezpečně a jistě v domácím prostředí. Velkou oporou je pro ni zejména partner, který při ní stojí a podpoří ji za všech okolností. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Na základě rozhovoru s paní Věrou jsem usoudila, že její potřeba bezpečí a jistoty byla významně nabourána. Největší obavy a strach v ní vyvolává zejména „nejistota“, jak to sní všechno dopadne. Má velký strach o své zdraví, a to zejména proto, že je matkou dvou dětí, které jsou na ní absolutně závislé. /1b/

POTŘEBA LÁSKY A SOUNÁLEŽITOSTI

Paní Věra žije se svým druhem, který je dle jejích slov jejím osudovým mužem. Kdykoliv a ve všem se na něj může spolehnout, je jí oporou v náročných životních situacích, dává jí lásku a porozumění. Navíc se jí splnilo velké přání založit rodinu, což je pro ni to největší štěstí. Paní Věra se těší na okamžik, kdy bude moci svou lásku rozdávat nejen partnerovi, ale i svým vytouženým ratolestem. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Na základě rozhovoru s klientkou jsem usoudila, že potřeba lásky a sounáležitosti je v jejím všedním životě plně saturována. Je tomu tak, zejména díky spokojenému partnerskému vztahu. Je šťastná, že se jí narodily dvě zdravé děti. Nyní, díky hospitalizaci na našem oddělení, však velice těžce nese odloučení od svých dětí. Mrzí ji, že o ně nemůže pečovat a dávat jim vše potřebné. Byť se jí velice stýská, chápe proč je tomu tak a spoléhá se na dobrou péči dětských sester na novorozeneckém oddělení. /1b/

POTŘEBA SEBEÚCTY A REALIZACE

Klientka se realizuje zejména ve své profesi. Pracuje jako administrativní pracovnice v Českém rozhlase. Práce jí baví především proto, že pracuje v dobrém kolektivu a setkává se spoustou zajímavých lidí. Prozradila mi, že po mateřské dovolené by se na tento pracovní post ráda vrátila. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Sociální role a důstojnost klientky jsou zachovány. Paní Věra se těší na brzké uzdravení, aby se mohla plně realizovat v nové roli, „roli mateřské“. /1b/

6.1.3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

POTŘEBA VÍRY A VYZNÁNÍ

Paní Věra je ateistka. Dle svého vyjádření neměla nikdy potřebu přiklonit se k jakémukoliv vyznání. /1b/

Hodnocení současného stavu:

Vzhledem k tomu, že je paní Věra ateistka, neshledávám u klientky v této oblasti sebemenší problém. Paní Věra mi sdělila, že věří především v dobro, spravedlnost a v sebe samu. /1a, 1b/

6.2 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 1

DUŠNOST Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ

CÍL:

- zajistit dostatečné okysličení tkání
- obnovit účinné dýchání
- klientka nebude jevit známky cyanózy

PLÁN PÉČE:

- sledovat základní životní funkce
- uložit klientku do vhodné polohy
- podávat oxygenoterapii dle ordinace lékaře
- sledovat saturaci hemoglobinu kyslíkem pomocí pulzní oxymetrie
- sledovat barvu kůže, změny dýchání
- sledovat laboratorní hodnoty krevních plynů
- sledovat reakce klientky, je-li zadýchána, chvějí-li se jí prsty (projevy hyperventilace)
- vysvětlit klientce, že dušnost lze lépe zvládnout prohloubením dechu a prodloužením výdechu
- nácvik dechové rehabilitace, zdůraznit její význam

REALIZACE: V den příjmu byla klientka ošetřujícím personálem uložena do zvýšené polohy dle ordinace lékaře k usnadnění maximální inspirace. Vitální funkce jako je TK, pulz, dýchání, SpO₂ byly sledovány prostřednictvím kontinuální monitorace. Následně byla klientce odebrána krev z artérie radiális pro stanovení hodnot krevních plynů. Na základě tohoto vyšetření předepsal službu mající lékař adekvátní oxygenoterapii. Klientka byla napojena na zvlhčovač s obličejovou maskou s PEEP 10 cm. Zpočátku byl průtok kyslíku nastaven na 10 – 12 litrů, v průběhu hospitalizace byl měněn dle aktuální potřeby. Laboratorní hodnoty krevních plynů byly sledovány v pravidelných intervalech, minimálně dvakrát denně, ráno a večer. Paní Věra spolupracovala bez obtíží. U klientky jsem pravidelně sledovala fyziologické funkce, veškeré abnormální hodnoty jsem ihned hlásila lékaři. Kontrolovala jsem, zda nedochází ke změnám dýchání, barvy kůže a projevům hyperventilace. Klientku jsem upozornila na možnost lepšího zvládnutí dušnosti prohloubeným dýcháním a prodloužením výdechu. Ve spolupráci s rehabilitační sestrou jsem poučila klientku o důležitosti významu dechové rehabilitace a zapojila ji do jejího nácviku. Vedle lůžka jsem jí připravila nafukovací rukavici a během dne ji aktivně vyzývala k jejímu užívání.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn. U klientky bylo prostřednictvím terapie a dalších intervencí obnoveno účinné dýchání. Dle možností byla zajištěna adekvátní oxygenace a nedošlo k rozvoji cyanózy.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 2

AKUTNÍ BOLEST V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM

CÍL:

- u klientky dojde ke zmírnění bolesti do 2 dnů
- klientka bude rozumět původu vzniku bolesti
- u klientky budou aktivně sledovány bolestivé projevy se zaměřením na účinky analgetik

PLÁN PÉČE:

- aktivně se dotazovat na výskyt bolestivých pocitů – kdy vznikají, doba trvání, intenzita bolesti, lokalizace a šíření
- monitorovat bolest, založit analgetický list
- aktivně vyhledávat vhodné polohy ve spolupráci s klientkou
- informovat klientku o úlevové poloze, prevenci bolesti (komprese rány při otáčení, změně polohy)
- aplikace analgetik, sledování jejich účinku
- sledovat mimiku klientky v průběhu dne a při výskytu bolesti
- sledovat vitální funkce v období trvání bolesti
- seznámit klientku s každým ošetřovatelským výkonem a předem upozornit na možnost vzniku bolesti
- při měření intenzity bolesti používat měřítko pro bolest - VAS
- vyzvat klientku, aby sama určila míru své bolesti, veškeré údaje zaznamenat do analgetického listu

REALIZACE: V den příjmu byl u klientky založen analgetický list, do kterého byly v pravidelných intervalech zaznamenávány aktuální projevy bolesti. Klientka byla uložena do zvýšené úlevové polohy. Dle ordinace lékaře byly ošetřující sestrou podávány analgetika včetně sledování jejich účinku (Perfalgam 500 mg i.v. á 8 hodin). V průběhu dnešního dne (8.10.08) jsem se snažila klientce objasnit příčinu vzniku bolesti. Aktivně jsem se dotazovala, kdy se bolest nejvíce vyskytuje, jaká je její intenzita a lokalizace. Během provádění ranní hygieny, kdy byla klientka nucena otočit se z boku na bok jsem u ní zaznamenala bolestivou grimasu. Vyzvala jsem ji, ať určí místo bolesti. Paní Věra ukázala na oblast břicha a celého podbřišku. Zeptala jsem se jí, zda je bolest snesitelná či nikoliv. Na VAS paní Věra určila stupeň číslo 5 = střední bolest. Poté mě paní Věra požádala, zda bych jí mohla navíc aplikovat injekci, kterou má podle potřeby naordinovanou lékařem (max. 3 x denně). Aplikovala jsem jí tedy 1 ampuli Novalginu i.m. a chvíli počkala na nástup účinku léku. Během krátké pauzy jsem klientku informovala, že při změně polohy, hygieně a kašli by byla pro zmírnění bolesti vhodná komprese rány. Poté jsme dokončily toaletu. Před každým ošetřovatelským úkonem jsem klientku upozornila, ať si stlačí ránu a současně jsem se dotazovala na vnímání bolesti. Během ošetřování pacientky jsem monitorovala projevy bolesti, její intenzitu, lokalizaci, fyziologické funkce v období trvání bolesti a účinek

analgetik. Dotazovala jsem se, zda je poloha klientky vyhovující, pravidelně jsem měřila intenzitu bolesti na VAS a vše jsem zaznamenávala do příslušné dokumentace.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn, u klientky došlo ke zmírnění bolesti. Bolest byla snížena během dvou dnů. Na VAS určila klientka stupeň číslo 2 = mírná bolest. Klientka pochopila příčinu vzniku bolesti, v pravidelných intervalech byly sledovány projevy bolesti včetně účinku analgetik.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 3

ZMĚNY FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ (TK) V DŮSLEDKU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ

CÍL:

- udržet TK v normálním rozmezí pod 140 torr

PLÁN PÉČE:

- pravidelně sledovat fyziologické funkce včetně TK a zaznamenávat do příslušné dokumentace
- podávat antihypertenzíva dle ordinace lékaře
- sledovat účinnost a vedlejší účinky podávaných léků
- monitorovat TK také během toalety a dalších výkonů
- kontinuálně měřit a zaznamenávat hodnoty ABP (arterial blood pressure)
- abnormální hodnoty TK ihned nahlásit lékaři
- udržovat fyzickou i psychickou pohodu klientky

REALIZACE: Během příjmu byla klientka napojena na kontinuální monitoraci všech základních vitálních funkcí včetně TK. Bylo natočeno EKG. Nejprve byl cca 1 hodinu měřen pouze nepřímý TK pomocí manžety. Po zavedení všech důležitých invazivních vstupů byla klientce kanylována arteria radiális pro měření přímého TK (ABP = arterial blood pressure). Opakovaně byly naměřeny hodnoty systolického TK v rozmezí 150 – 170 torr. Na základě tohoto zjištění byly lékařem naordinovány antihypertenzíva. Hodnoty TK byly nepřetržitě sledovány a v pravidelných intervalech (až 1 hodinu) zaznamenávány do dokumentace. Abnormální hodnoty byly ihned telefonicky konzultovány se sloužícím lékařem. Během mého ošetřování se hodnoty systolického TK pohybovaly v rozmezí (120 – 150 torr). Za určitých okolností docházelo k dekompenzaci TK, zejména při ranní toaletě, bolestivých projevech a večerních úzkostech. Klientku jsem informovala o tom, že pro stabilizaci TK je nutná také psychická pohoda, že jakékoliv rozrušení může vést ke zvýšení TK. V rámci poskytované péče jsem u klientky pravidelně monitorovala a zaznamenávala fyziologické funkce, podávala hypotenzíva dle ordinace lékaře, sledovala jejich účinnost včetně vedlejších účinků. O hodnotách TK mimo normální rozmezí jsem ihned informovala lékaře.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn částečně. Krevní tlak se nepodařilo udržet v normálním rozmezí kontinuálně. Zvýšené hodnoty TK nad 140 torr se příležitostně vyskytovaly i nadále

(zejména během ranní toalety a při úzkosti). Přesto byl efekt předepsané léčby pro lékaře dostačující.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 4

DEFICIT SEBEPÉČE Z DŮVODU VYNUCENÉ IMOBILIZACE

CÍL:

- zajistit kompletní ošetrovatelskou péči
- zamezit vzniku dekubitů
- aktivizovat klientku v běžných denních činnostech v rámci daných omezení

PLÁN PÉČE:

- zjistit stupeň soběstačnosti
- zajistit vhodnou polohu
- připravit veškeré pomůcky na dosah ruky
- hygienickou péči provádět 2 x denně
- prevence dekubitů – polohování, používání antidekubitárních pomůcek
- aktivně zapojovat klientku do nácviku běžných činností
- kontaktovat fyzioterapeuta

REALIZACE: Po přijetí na naše oddělení byla paní Věra uložena na polohovací lůžko, které je vybaveno speciální antidekubitární matrací. Pro umožnění maximální inspirace bylo záhlaví lůžka dáno do zvýšené polohy. Lékař poučil klientku o dodržování absolutního klidu na lůžku. Vedle postele byl klientce připraven stoleček s veškerými nutnými pomůckami a čajem. Hygienická péče na našem oddělení se provádí 2 x denně, ráno a večer. Současně je zajištěna kompletní výměna ložního prádla.

Při sbírání ošetrovatelské anamnézy jsem u klientky zjišťovala stupeň soběstačnosti. Na základě mého dotazování a pozorování jsem došla k závěru, že klientka je částečně soběstačná. U paní Věry jsem provedla Barthelův test základních všedních činností s výsledkem 45 bodů, což odpovídá závislosti středního stupně.

Během mého ošetřování jsem u klientky zajišťovala kompletní ošetrovatelskou péči. Seznámila jsem ji s nutností včasné mobilizace v rámci daných omezení a s nutností spolupráce při všech prováděných činnostech. Při toaletě se paní Věra cítila slabá a unavená. Zvládla si umýt obličej a horní polovinu těla, poté se cítila vyčerpaná, proto jsem zbytek toalety provedla sama. S pomocí sanitáře jsem zajistila výměnu ložního prádla. Během otáčení z boku na bok jsem zkontrolovala stav kůže a řádně ji promasírovala. Kůže nejevila

žádné známky otlaků ani opruzení. Po celou dobu toalety jsem pozorovala vitální funkce, zejména TK, při toaletě došlo k jeho dočasnému vzestupu. Po dokončení toalety se TK brzy normalizoval. Po provedené toaletě se klientka cítila unavená, ale udávala dobrý pocit „čistoty“. Na základě ordinace lékaře byl již v předešlé službě kontaktován fyzioterapeut, který za paní Věrou docházel během celé hospitalizace 2 x denně.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn. U klientky byla prováděna kompletní ošetrovatelská péče, díky které nedošlo ke vzniku dekubitů. V rámci daných omezení byla paní Věra aktivně zapojována do běžných denních činností.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 5

NESPAVOST V DŮSLEDKU HLUKU NA ODDĚLENÍ

CÍL:

- klientka bude chápat příčiny, které způsobují poruchy spánku (nespavost)
- klientka bude konstatovat zlepšení svého spánku

PLÁN PÉČE:

- zjistit rizikové faktory způsobující poruchy spánku
- eliminovat rušivé podněty z okolí, pokusit se umístit klientku na samostatný box
- zajistit vhodnou polohu pro spánek
- nerušit zbytečně spánek klientky
- naučit relaxační cvičení
- aktivně se dotazovat na pocity vyspání, únavy či vyčerpanosti
- sledovat somatické projevy ospalosti a únavy – poklesnutí víček, kruhy pod očima, usínání během dne
- pozorovat projevy nálady – podrážděnost, agresivita, úzkost, apatie
- aktivizovat klientku během dne
- aplikace hypnotik dle ordinace lékaře
- sledovat žádoucí a nežádoucí účinky léků včetně zápisu do dokumentace
- sledovat vývoj poruch spánkového režimu
- pečovat o odstranění bolesti – viz. ošetrovatelská diagnóza č. 2

REALIZACE: Během sbírání ošetrovatelské anamnézy jsem u klientky shledala poruchu spánku, projevující se nespavostí, únavou a pocitem nedostatečného odpočinku. Na základě rozhovoru s klientkou jsem se dozvěděla, že nekvalitní spánek měla již během první noci strávené na našem oddělení. Rušil ji běžný provoz, světlo, hluk, práce sester a neustálé „vyzvánění alarmů“. Klientka požádala lékaře, jestli by jí nemohl dát nějaký lék na spaní. Na základě ordinace lékaře jí byla ošetrojící sestrou podána tableta Diazepamu 10 mg. Teprve poté se paní Věře podařilo usnout. Klientka se vzbudila okolo 5.30, kdy u ní sestra prováděla ranní ordinace včetně měření tělesné teploty.

Během mého ošetrování jsem se snažila u klientky provést veškeré intervence dle stanoveného plánu ošetrovatelské péče. Aktivně jsem pátrala po faktorech, které negativně

ovlivňují její spánek, dotazovala jsem se na pocity únavy, nevyspání. Nenápadně jsem se snažila registrovat somatické projevy ospalosti. Klientku jsem opakovaně přistihla, jak zívá a podřimuje v průběhu dne. Ve chvíli, kdy byla paní Věra vzhůru, jsem se jí snažila vysvětlit, že by bylo dobré, aby přes den tolik nespávala a byla více aktivní. Nabídla jsem jí zapůjčení časopisů a možnost sledování televize. Klientka si zvolila televizi, na kterou se vydržela dívat přibližně dvě hodiny. Za nejdůležitější intervenci jsem považovala nutnost informovat lékaře o poruše spánku, kterou jsem u klientky shledala. Následně jsem ho požádala, zda by nebylo možné klientku přesunout na samostatný box, kde by nebyla tolik rušena. Lékař souhlasil, ale z důvodu své velké zaneprázdněnosti vlivem akutního příjmu se toto realizovalo až o den později. Následující noc došlo k uspokojivějšímu spánku, přesto však spánek dle klientky nebyl dostačující. Na základě tohoto zjištění přistoupil lékař ke změně medikace a naordinoval klientce silnější hypnotikum – Hypnogen 15 mg tbl.

HODNOCENÍ: Cíle bylo dosaženo částečně. Klientka chápala příčiny obtíží, avšak konstatovala pouze částečné zlepšení spánku.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 6

PORUCHA MOČENÍ Z DŮVODU ZAVEDENÍ PERMANENTNÍHO MOČOVÉHO KATÉTRU

CÍL:

- klientka bude chápat důvody zavedení močového katétru
- zamezit vzniku močové infekce
- dosáhnout fyziologického způsobu vyprazdňování moči

PLÁN PÉČE:

- pravidelně pečovat o permanentní močový katétr – sledovat průchodnost močového katétru
- sledovat vzhled moče – barvu, příměsi
- sledovat příjem + výdej dle ordinace lékaře
- vyměňovat močový katétr 1 x za 14 dní, v případě potřeby i častěji
- vyměňovat sběrný systém na moč 1 x za 24 hodin
- pravidelně odebírat moč dle ordinací lékaře
- pravidelně a pečlivě vše zapisovat do dokumentace
- zajistit intimitu při manipulaci s katétre a při hygieně genitálií

REALIZACE: Během příjmu byl klientce zaveden permanentní močový katétr a sestrou jí byl objasněn důvod zavedení. Výkon proběhl bez komplikací.

V průběhu celého ošetřování jsem u klientky prováděla veškeré intervence dle naplánovaného postupu. Pravidelně jsem pečovala o močový katétr, sledovala jeho průchodnost, měřila hodinovou diurézu a vše náležitě zapisovala do příslušné dokumentace. Každý den jsem prováděla výměnu sběrného systému a všechny odběry moče dle ordinace lékaře. U všech úkonů jsem postupovala dle aseptických zásad. Odběry na biochemické vyšetření byly prováděny 1 x za den, vždy ráno. Vzorek moče na mikrobiologické vyšetření byl odebírán v pravidelných intervalech v pondělí, středu a pátek.

Během veškeré manipulace s močovým katétre včetně hygieny intimních partií jsem se snažila zajistit klientce dostatečnou intimitu.

Permanentní močový katétr byl klientce odstraněn až v závěru hospitalizace 13.10.08, poté se klientka spontánně vymočila do podložní mísy.

HODNOCENÍ: Naplánovaného cíle bylo dosaženo. Klientka pochopila důvody, které vedly k zavedení permanentního močového katétru. K rozvoji močové infekce nedošlo, veškerá mikrobiologická vyšetření moče byla sterilní. Fyziologického způsobu vyprazdňování moče bylo taktéž dosaženo, byť v samotném závěru hospitalizace na našem oddělení.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 7

MOŽNOST VZNIKU PLICNÍCH A TROMBEMBOLICKÝCH KOMPLIKACÍ V DŮSLEDKU IMOBILIZACE

CÍL:

- u klientky nedojde k rozvoji plicních ani trombembolických komplikací

PLÁN PÉČE:

- informovat klientku o možných komplikacích v důsledku imobilizace
- aktivně se dotazovat na subjektivní obtíže klientky – bolest na hrudi, kašel, úzkost, vykašlávání sputa, snadnost odkašlávání, bolesti v lýtkách
- sledovat fyziologické funkce – TK, TT, D, PULZ (kvalita, frekvence), poslouchat vedlejší dechové fenomény
- provádět poklepové a vibrační masáže
- nabádat klientku k odkašlávání
- zajistit Fowlerovu polohu na lůžku + 45 stupňů
- kontaktovat fyzioterapeuta
- zahájit nácvik dechové RHB (nafukovat rukavici, prohloubené dýchání)
- aktivní i pasivní RHB (včetně procvičování plantární flexe, jízda na kole)
- provádět bandáže DK pomocí elastických punčoch v rámci prevence trombembolických komplikací
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- sledovat vedlejší účinky podávaných léků

REALIZACE: V průběhu 1. dne hospitalizace byla klientka uložena do zvýšené Fowlerovy polohy a současně byla zahájena monitorace základních životních funkcí. Během své služby jsem klientku informovala o možných komplikacích, které by mohly nastat vlivem

dlouhodobého pobytu na lůžku. Při této příležitosti jsem paní Věru vyzvala, že pokud by pociťovala jakékoliv obtíže (bolest na hrudi, atd.), aby mi tuto skutečnost neprodleně oznámila. I přes tuto výzvu jsem se klientky v pravidelných intervalech aktivně dotazovala, zda nezaznamenala nějaké potíže. Po dobu mého ošetřování jsem u klientky prováděla poklepové a vibrační masáže a nabádala ji k aktivnímu odkšlávání. Po dohodě s lékařem jsem kontaktovala fyzioterapeuta. Během hospitalizace klientky na našem oddělení, docházel za paní Věrou 2 x denně. Pod dohledem fyzioterapeuta byl u klientky zahájen aktivní nácvik dechové RHB včetně aktivní i pasivní RHB. Po rehabilitaci jsem paní Věře opětovně zdůraznila význam aktivní i pasivní RHB a vyzvala ji k tomu, aby si ještě navíc několikrát denně nafukovala rukavici, procvičovala plantární flexi a jízdu na kole. V rámci předcházení vzniku tromboembolických komplikací byly klientce v den příjmu provedeny bandáže DK pomocí elastických punčoch. Současně byla lékařem preventivně naordinována antikoagulační terapie – Clexane 0,4 ml s.c. 1 x denně. Tato terapie byla klientce podávána po dobu celé hospitalizace na oddělení ARO. Průběžně byly sledovány vedlejší účinky podávané antikoagulační terapie.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn. U klientky nedošlo k rozvoji plicních ani tromboembolických komplikací.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 8

POTENCIONÁLNÍ RIZIKO VZNIKU INFEKCE V DŮSLEDKU ZAVEDENÍ INVAZIVNÍCH VSTUPŮ (PŽK, CŽK, AK)

CÍL:

- u klientky nedojde ke vzniku infekce
- klientka bude tolerovat invazivní vstupy

PLÁN PÉČE:

- informovat klientku o nutnosti zavedení invazivních vstupů
- dodržovat aseptické postupy při zavádění, manipulaci a ošetřování invazivních vstupů
- používat ochranné pomůcky (rukavice, roušky)
- sledovat okolí invazivních vstupů
- pravidelně kontrolovat průchodnost i.v. kanyly, místo vpichu a jeho okolí (zarudnutí, otok, bolestivost)
- pozorovat místní známky infekce včetně tělesné teploty
- sledovat funkčnost invazivních vstupů (zalomení katétru, neprůchodnost)
- dbát na pravidelnou výměnu a pravidelné převazy invazivních vstupů
- podávat veškeré léky a infúze za přísně sterilních podmínek
- dbát na prevenci vzniku vzduchové embolie

REALIZACE: Při příchodu na naše pracoviště byla klientka ošetřujícím lékařem seznámena s nutností zavedení jednotlivých invazivních vstupů. Lékař paní Věře objasnil, že tyto intervence je nutné provést jednak z diagnostických, jednak z léčebných důvodů. Vysvětlil jí, že arteriální katétr slouží pro kontinuální monitoraci krevního tlaku, což je u paní Věry zásadní. Dále jí upozornil, že výhoda tohoto systému tkví v možnosti opakovaných bezbolestných odběrů tepenné krve, která slouží pro analýzu krevních plynů. Jejich výsledky

jsou nezbytné pro stanovení adekvátní kyslíkové terapie. Jako důvod pro zavedení centrálního žilního katétru uvedl možnost aplikovat velké množství infúzních roztoků současně, a možnost měření centrálního žilního tlaku, který vypovídá např. o množství tekutin v organismu. Periferní žilní katétr je určen pro udržovací infúzi, eventuálně pro podávání krevních derivátů. Současně byla obeznámena s komplikacemi, které tyto zásahy mohou přinést. Po důkladné edukaci byly za přísně aseptických podmínek zavedeny invazivní přístupy. Zákroky proběhly bez komplikací. Při pečování o invazivní vstupy jsem já i ostatní ošetřující personál postupovali dle aseptických zásad. Centrální žilní katétr byl převazován 1 x za 24 hodin ošetřujícím lékařem za asistence sestry. Já sama jsem byla přítomna u převazu 4 krát. Lékař vstup důkladně odezinfikoval, zkontroloval funkčnost katétru a sledoval, zda nedošlo k jeho zalomení či povytažení. Pozoroval místo vpichu, známky infekce a na závěr provedl sterilní krytí. Arteriální katétr byl převazován stejným způsobem, 1 x za 24 hodin. Při ošetřování periferní i.v. kanyly jsem postupovala dle ošetrovatelského standardu a dbala veškerých zásad asepse. Při manipulaci s kanylou jsem vždy používala ochranné rukavice a desinfekci. Zbytečně jsem nezasahovala do i.v. přístupu, pouze při aplikaci léků, infúzí a při výměně infuzního setu. Sledovala jsem místo vpichu, projevy potencionální infekce, zda nedochází k paravenózní aplikaci léků a infúze. Paní Věry jsem se pravidelně tázala, zda nepocítuje bolestivost či jiné nepříjemné pocity v důsledku zavedení kanyly.

HODNOCENÍ: Cíle bylo dosaženo. U klientky nedošlo k rozvoji infekce, přítomnost invazivních vstupů tolerovala bez větších obtíží.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 9

POTENCIONÁLNÍ RIZIKO PORUŠENÍ KOŽNÍ INTEGRITY Z DŮVODU OPERACE, INVAZIVNÍCH VSTUPŮ A VYNUCENÉ IMOBILIZACE

CÍL:

- klientka bude mít neporušenou, dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži
- ke zhojení operační rány dojde bez komplikací
- u klientky nedojde ke vzniku dekubitů

PLÁN PÉČE:

- sledovat stav výživy, hydratace
- zhodnotit stav výživy kůže a stupeň rizika vzniku proleženin
- kontrolovat denně kůži klientky hlavně v postižených a predilekčních místech
- sledovat proces hojení ran
- udržovat okolí rány, invazivních vstupů v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů
- dodržovat zásady asepse při ošetřování
- zajistit dostatečnou hydrataci klientky, sledovat bilanci tekutin
- provádět polohování klientky, dbát na její včasnou mobilizaci
- udržovat kůži i lůžko v čistotě
- zajistit edukaci fyzioterapeutem

REALIZACE: Klientka byla uložena na speciální antidekubitární lůžko. Při sbírání ošetrovatelské anamnézy jsem zjistila, že klientka má spíše sušší kůži i v běžném životě. Proto jsem u paní Věry zhodnotila riziko vzniku dekubitů. K hodnocení jsem použila

hodnotící škálu dle Nortonové. V celkovém součtu jsem došla ke 24 bodům, což odpovídá zvýšenému riziku vzniku dekubitů. Na základě tohoto zjištění jsem se snažila své intervence zaměřit tak, aby došlo k co nejefektivnější prevenci. Během ošetřování jsem postupovala dle stanoveného plánu. V rámci předcházení vzniku dekubitů jsem u pacientky pravidelně kontrolovala predilekční místa, zvláště při provádění toalety. Kůže nejevila žádné známky otlaků ani dekubitů. Po důkladném omytí a osušení jsem pokožku řádně promasírovala. Paní Věru jsem v pravidelných intervalech mírně natočila na bok. Po dohodě s ošetřujícím lékařem jsem kontaktovala fyzioterapeuta, který za klientkou docházel v průběhu celé hospitalizace 2 x denně. U paní Věry provedl náležitou edukaci, vysvětlil jí nutnost včasné mobilizace a důležitost aktivní i pasivní rehabilitace včetně rehabilitace dechové. Poté s klientkou pravidelně prováděl potřebná cvičení. V rámci ošetřovatelské péče o operační ránu jsem každý den měla možnost sledovat proces hojení rány. To zejména díky zodpovědné péči lékařů, kteří denně přivolali gynekologické konsilium ke zhodnocení stavu klientky a operační rány včetně provedení převazu operační rány, převaz byl prováděn 1 x za 24 hodin. Hojení rány probíhalo bez komplikací. Třetí pooperační den (8.10.08) byly extrahovány drény z dutiny břišní, konce drénů byly odeslány na bakteriologické vyšetření. Rána byla klidná bez známek krvácení, byla provedena toaleta operační rány a sterilní krytí. Z porodnického hlediska, byl dle vyjádření gynekologa, průběh hojení uspokojivý. O invazivní vstupy jsem pečovala řádně dle naplánovaných intervencí – viz. ošetřovatelská diagnóza č. 7.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn. Hojení operační rány probíhalo bez komplikací. U klientky nedošlo ke vzniku dekubitů. Kůže klientky byla dostatečně prokrvená a hydratovaná.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 10

NARUŠENÍ POTŘEBY BEZPEČÍ A JISTOTY Z DŮVODU NEMOCI

CÍL:

- klientka se bude schopna adaptovat na danou situaci
- klientka si bude uvědomovat podstatu strachu
- psychický stav klientky bude vyrovnaný

PLÁN PÉČE:

- využít metody rozhovoru ke zjištění subjektivních pocitů klientky
- využít metody pozorování pro srovnání výsledků pozorování a rozhovoru
- výsledky rozhovoru i pozorování zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace
- sledovat, zda za klientkou chodí pravidelně návštěvy
- všimnout si eventuelní změny nálady po návštěvě
- informovat rodinu o důležitosti jejích návštěv
- získat rodinu pro spolupráci k udržení psychické kompenzace klientky
- sledovat psychický stav klientky, podporovat pozitivní myšlení
- zapojit klientku dle možností do různých aktivit

REALIZACE: Při sbírání ošetřovatelské anamnézy, za použití metod rozhovoru i pozorování, jsem u klientky nepocítovala žádnou výraznější dysbalanci v rovnováze psychického stavu. Klientka se mi jevila srozuměná se svým zdravotním stavem, chápala nutnost hospitalizace na našem oddělení. Měla jsem pocit, že do budoucna vyhlíží spíše

optimisticky. Druhý den jsem zaznamenala výrazné zhoršení psychického stavu. S paní Věrou jsem se snažila celou situaci rozebrat. Ptala jsem se jí, jestli je schopná mi popsat, co vedlo ke zhoršení stavu, co pociťuje, jestli má z něčeho strach či obavy. Paní Věra mi sdělila, že má strach a obavy, zdali se vůbec uzdraví. Bála se, že kdyby se jí něco přihodilo, tak by se neměl kdo starat o děti. Prozradila mi, že se cítí unavená, a že se špatně vyspala, což jí podle jejích slov „příliš nepřidá“. Během rozhovoru jsem u paní Věry pozorovala nonverbální projevy. Zdála se mi nervózní, zklíčená a vystrašená. Na základě tohoto zjištění jsem informovala lékaře, že psychická kondice paní Věry se mi nezdá zcela v pořádku. Ten se jí začal věnovat, promluvil s ní opětovně o jejím zdravotním stavu a vyslechl její obavy. Následně se snažil klientku pozitivně motivovat a povzbudit ji, že všechno dobře dopadne. Při té příležitosti jí ale zdůraznil, že všechno chce svůj čas a nic nelze uspěchat. Po rozhovoru s lékařem se mi paní Věra jevila klidnější, vyrovnanější, dokonce se i několikrát usmála. Paní Věře jsem nabídla, že pokud bude mít chuť a náladu, není vůbec problém, abych jí obstarala nějaké časopisy či zajistila sledování televize. Návštěvu jsem u klientky registrovala každý den. Chodil za ní přítel Petr a rodiče. Přítel se zdržel vždy nejvýše jednu hodinu. Při vhodné příležitosti jsem se ho zeptala, zda by se nemohl zdržet o něco déle, že jeho přítomnost paní Věře prospívá. Ten mi vysvětlil, že to není možné, protože musí ještě navštívit děti na novorozeneckém oddělení, navíc je pouze omezená doba návštěv. Na základě tohoto zjištění jsem mu navrhla, že zkusím požádat lékaře o přizpůsobení návštěvních hodin. Ten souhlasil v případě, že návštěva nebude omezovat běžný provoz.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn. Klientka se adaptovala na danou situaci. Psychický stav se stabilizoval.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 11

STRACH O DĚTI V DŮSLEDKU ODLOUČENÍ A NEDOSTATKU INFORMACÍ

CÍL:

- klientka si bude uvědomovat příčinu strachu
- odstranit či zmírnit strach

PLÁN PÉČE:

- pobízet klientku, aby slovně vyjádřila své pocity
- zajistit dostatek informací o zdravotním stavu dětí
- navázat s klientkou vstřícný a důvěryhodný vztah
- vysvětlit klientce, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam
- o strachu klientky informovat lékaře
- zajistit lepší spánek
- stabilizovat psychický stav klientky
- získat rodinu pro spolupráci ke zlepšení psychického stavu klientky
- zajistit spolupráci s psychologem

REALIZACE: Během provádění ranní hygieny se mi klientka jevila zamlklá, depresivní, zklíčená. Zeptala jsem se jí, jestli je všechno v pořádku, zda se cítí po fyzické i psychické

stránce dobře. Paní Věra se mi svěřila, že je pro ni hospitalizace zdlouhavá, cítí se osaměle a má obavu o své děti. Přestože ji partner každý den navštěvuje a informuje ji o dětech, zdá se jí toto množství informací nedostačující. Sdělila mi, jak moc by si přála děti alespoň na malou chvíli vidět. Vysvětlila jsem jí, že v tuto chvíli to není možné. Posléze jsem o strachu klientky informovala ošetřujícího lékaře. Ten kontaktoval místního psychologa a zajistil jeho návštěvu. Psycholog strávil u paní Věry přibližně 1 hodinu, ptal se jí, jak se cítí, jaké má obtíže, zjišťoval rodinné zázemí atd. Po rozhovoru s klientkou doporučil lékaři, aby zvážil možnost nějaké medikace ke zlepšení psychického stavu. Lékař po telefonické konzultaci s psychiatrem naordinoval klientce Grandaxin 3 x denně 1 tabletu. V rámci naplánovaných intervencí jsem dohodla s lékařem, že každý den zatelefonuji na novorozenecké oddělení a zeptám se, jak se dětem daří. Paní Věru jsem denně informovala, že jsou děti v pořádku a bez problémů prospívají. Návštěvu příbuzných jsem u klientky zaznamenala každý den, přítel Petr po dohodě s lékařem docházel na ARO i mimo návštěvní hodiny. Kontakt s rodinou měl na paní Věru příznivý vliv, po každé návštěvě na ní byla vidět velká úleva a spokojenost. Ve svých ošetřovatelských aktivitách jsem se zaměřila také na zvládnutí nespavosti – viz. ošetřovatelská diagnóza č. 5.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn. U klientky došlo k postupnému zmírnění strachu.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 12

VEČERNÍ ÚZKOST Z DŮVODU POCITU OHROŽENÍ

CÍL:

- klientka bude schopna verbalizovat příčiny své úzkosti
- zmírnit nebo odstranit úzkost
- zvládnout vedlejší projevy úzkosti (výkyvy TK, zhoršení dušnosti)

PLÁN PÉČE:

- zjistit možné příčiny úzkosti
- zjistit stupeň úzkosti (mírná, střední, silná) a sledovat její projevy v průběhu péče
- s klientkou mluvit klidně, nespěchat, naslouchat se zájmem, úctou a respektem
- umožnit klientce vyjádřit své pocity, umožnit klientce plakat
- podávat anxiolytika dle ordinace lékaře
- sledovat vedlejší účinky léků
- zapojit klientku do nácviku relaxačních technik ke zvládnutí stresu a úzkosti

REALIZACE: Přes den byla klientka v relativně uspokojivé kondici. Večer se objevil náhlý záchvat úzkosti spojený s výkyvy TK a zhoršením dušnosti. Ošetřující sestra ihned přivolala lékaře a snažila se klientku uklidnit. Poučila ji, ať dýchá zhluboka a pomalu. Lékař přechodně zvýšil průtok kyslíku a počkal až ataka odezní. Po chvíli se stav klientky zcela normalizoval. Lékař se paní Věry zeptal, zda je v pořádku a zdali se cítí lépe. Vyzval ji, jestli by mu mohla popsat, co způsobilo její obtíže. Paní Věra dle dokumentace uvedla, že najednou dostala nepopsatelný strach, že je v ohrožení. Původ těchto obtíží ale nedokázala objasnit. Lékař vyhodnotil stupeň úzkosti jako střední. Poté měl snahu klientku uklidnit a informoval ji, že v průběhu dne jí byl předepsán lék na zmírnění strachu a úzkosti (Grandaxin). Pro zkvalitnění spánku navíc klientce naordinoval tabletu Hypnogenu 15 mg. Ošetřující sestra, která měla noční službu, podala klientce předepsanou medikaci, po které paní Věra usnula a byla bez obtíží až do rána.

Po zjištění stavu večerní úzkosti jsem se v průběhu dne u klientky angažovala v edukaci při výskytu těchto obtíží. Vysvětlila jsem jí, k čemu slouží relaxační cvičení a snažila jsem se jí aktivně zapojit do nácviku relaxačních technik, vedoucích ke zmírnění úzkosti. Paní Věra byla mým zájmem potěšena a při nácviku aktivně spolupracovala.

HODNOCENÍ: Cíl byl splněn částečně. Během několika dnů sice došlo k úplnému odstranění úzkosti, klientka však nebyla schopna přesně slovně vyjádřit původ těchto obtíží. Doprovodné projevy úzkosti (výkyvy TK, zhoršení dušnosti) se vždy podařilo adekvátně zvládnout a stabilizovat.

6.3 EDUKACE

Před ukončením hospitalizace na našem oddělení byla klientka seznámena s návrhem individuálního edukačního programu. Ve spolupráci s fyzioterapeutem jí byla doporučena postupná rehabilitace a pozvolné zvyšování zátěže. Největší důraz byl kladen na pokračování v započaté dechové rehabilitaci. Paní Věra byla poučena, že v rámci dechové rehabilitace je stěžejní nafukování speciální rukavice alespoň 5 x denně. V rámci rekonvalescence respiračního ústrojí by tato doporučení měla dodržovat nejen po přeložení na gynekologické oddělení, ale i po celkovém propuštění do domácího ošetřování. Pro stabilizaci krevního tlaku byla i nadále ponechána antihypertenzní terapie, paní Věra byla poučena o nutnosti užívání této medikace (Accupro 10 mg) i po propuštění z nemocnice. Vysazení této terapie musí být pozvolné a mělo by probíhat pod lékařskou kontrolou.

Paní Věru jsem seznámila s dietním opatřením, které musí dodržovat do doby, než dojde k úplné normalizaci TK. V rámci diety jsem doporučila zařadit do jídelníčku stravu bohatou na draslík, dostatek ovoce, zeleniny, tekutin a především nekonzumovat potraviny obsahující sůl. Klientku jsem poučila, že po propuštění do domácí péče bude muset do 3 dnů kontaktovat svého ošetřujícího lékaře k provedení kontrolního vyšetření plic, kontroly TK a k posouzení další potřeby antihypertenzní terapie.

Na závěr byla klientka informována o možnosti daleko většího rizika opětovného výskytu preeklampsie v případě dalšího těhotenství. Vzhledem k tomu, že klientka porodila i děvče, považoval lékař za povinnost upozornit paní Věru na skutečnost, že zatímco v běžné populaci je výskyt preeklampsie v průměru 5 %, u dcer matek, které toto onemocnění prodělaly, stoupá riziko na 22 %, u pokrevních sester dokonce na 39 %. Souvislost se hledá ve familiárním výskytu určitého HLA systému.

Po ukončení edukačního programu byla klientka přeložena k doléčení na JIP gynekologicko – porodnické kliniky v rámci FNB.

6.4 ZÁVĚR A PROGNÓZA

Při zpracování závěrečné práce jsem vycházela ze zdravotních obtíží 37 leté prvorodičky, která byla přijata na naše oddělení s diagnózou Akutní respirační selhání s ARDS v důsledku těžké preeklampsie. Při příjmu byla nemocná klidově dušná i na kyslíkové terapii, oběhově stabilizovaná, přesto hypertenzní. Na RTG plic byl popisován fluidothorax bilaterálně a plicní edém. V arteriálních krevních plynech byla prokazatelná hypoxémie, oxygenační index odpovídal ARDS (méně než 200). Při oxygenoterapii na CPAP masce z nastavením peepu došlo k postupnému zlepšování krevních plynů a subjektivně pocíťované dušnosti. I když klinicky došlo ke zlepšení stavu i krevních plynů, na RTG snímku stále přetrvával obraz šokové plic. Proto byla nasazena nízká dávka kortikosteroidů.

V dalších dnech postupně docházelo ke zlepšení stavu a klientka mohla být 14. den hospitalizace na našem oddělení přeložena na JIP gynekologicko-porodnické kliniky a následně do domácího ošetřování. V den překlady byla klientka plně při vědomí,

spolupracovala a její celkové ladění bylo dobré. Oběhově byla stabilizovaná, na terapii již bez hypertenze a dýchala spontánně bez nutnosti oxygenoterapie.

Během ošetřování jsem s klientkou navázala dobrý kontakt. Paní Věra byla velmi vstřícná, chápavá a spolupráce s ní byla bezproblémová. U klientky jsem se pokusila sejmout ošetřovatelskou anamnézu k identifikaci ošetřovatelských problémů, stanovit ve vzájemné spolupráci s klientkou ošetřovatelské diagnózy a určit strategii postupu ošetřovatelské péče.

Cíle ošetřovatelské péče jsem zaměřila na potřeby klientky, přičemž jsem měla snahu použít nutnou dávku „empatie“

Před ukončením hospitalizace byla klientka důkladně seznámena s nutností dodržování veškerých doporučení včetně dietního opatření.

Sama odhaduji, že pokud bude klientka zodpovědná a bude dodržovat léčebná opatření, mělo by dojít k postupné stabilizaci zdravotního stavu a k úplnému vyléčení.

Během doby ošetřování klientky, v souladu s ošetřovatelskou anamnézou a faktem, že jsem matkou, jsem se dokázala s jejími potřebami lépe a rychleji identifikovat. V závěru bych chtěla konstatovat, že v průběhu péče o klientku se mi znovu potvrdilo, že nutnost individuálního přístupu ke klientům je v mé profesi nezbytný, a že psychika každého člověka je pro jeho uzdravení velice důležitá.

D POUŽITÁ LITERATURA

ČERVINKOVÁ, E.: Ošetřovatelské diagnózy. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN: 80-7013-443-7

HÁJEK, Z.: Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0418-8

LEMON, J.: Learning materiál on nursing. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN: 80-7013-234-5

TRACHTOVÁ, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN: 80-7013-324-4

STAŇKOVÁ, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN: 80-7013-323-6

ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J., a kolektiv: Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-203-X

ZADÁK, Z., HAVEL, E.: Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství, Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2099-9

ZWINGER, A.: Porodnictví – 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN: 80-7262-257-9

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

CHOROBOPIS PACIENTKY

CHÁBOVÁ, V.: ARDS. PRAKTICKÝ LÉKAŘ 74, 1994, č. 11

ZDROJE INFORMACÍ

- 1 a POZOROVÁNÍ
- 1 b ROZHOVOR
- 1 c SPOLUPACIENT
- 1 d RODINA
- 1 e OSTATNÍ PERSONÁL

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - VSTUPNÍ ZÁZNAM + PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
- Příloha č. 2 - BARTHELŮV TEST základních všedních činností
- Příloha č. 3 - HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ – rozšířená stupnice Nortonové
- Příloha č. 4 - HODNOCENÍ RIZIKA KOMPLIKACÍ V DÝCHACÍCH CESTÁCH
- Příloha č. 5 - VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA (VAS)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a. = artérie

ABP = arterial blood pressure = arteriální krevní tlak

ACEI = inhibitor konvertující Angiotensin

AK = arteriální katétr

ARO = anesteziologicko – resuscitační oddělení

ASTRUP = vyšetření krevních plynů

AT III. = antitrombin III.
ATB = antibiotikum
BB = buffer base
BE = base excess
BMI = body mass index
CNS = centrální nervový systém
CPAP = kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách
CT = computerová tomografie
CVP = central venous pressure = centrální žilní tlak
CŽK = centrální žilní katétr
D = dýchání
DK = dolní končetina
EKG = elektrokardiogram
f. = fundus
FiO₂ = inspirační frakce kyslíku
FNB = fakultní nemocnice Bulovka
FR = fyziologický roztok
FSM = furosemid
GCS = glasgow coma scale
GIT = gastrointestinální trakt
g/l = gramů na litr
GP = gynekologicko – porodnické
HELLP syndrom = hemolysis elevated liver enzymes low platelet count
HCO₃ = bikarbonát
ICSI = intracytoplasmic sperm injection = injekce spermií do vajíčka
IVF = in vitro fertilizace
JIP = jednotka intenzivní péče
KPa = kilopascal
LHK = levá horní končetina
min. = minuta
mg/hod. = miligramů za hodinu
ml/s = mililitrů za sekundu
mm = milimetrů
mol/l = milimol na litr
ng/ml = nanogram na mililitr
PaO₂ = parciální tlak kyslíku
PCWP = tlak v zaklínění
PEEP = positive end expiratory pressure = pozitivní endexpirační tlak
PMK = permanentní močový katétr
PNO = pneumotorax
PaCO₂ = parciální tlak oxidu uhličitého
p. úst. = ústí
PŽK = periferní žilní katétr
RHB = rehabilitace
RTG = rentgen
SBC = standardní bikarbonát
s. c. = subkutánně
S + P = srdce + plíce
SpO₂ = saturace hemoglobinu kyslíkem
tbl = tableta

TK = krevní tlak

TT = tělesná teplota

ukat/l = mikrokat na litr

umoll/l = mikromoll na litr

UPV = umělá plicní ventilace

VAS = vizuální analogová škála

V. C. S. = véna cava superior = horní dutá žíla

VFN = všeobecná fakultní nemocnice

